

CT検査についての説明書

1 CT検査とは

X線とコンピューターを使って身体内の断面を撮影し、病気の診断に役立っています。検査時間は部位や病気の種類により異なりますが、おおよそ10分～20分程度です。

2 CT検査に伴う放射線被曝について

CT検査そのものは痛み等なく安全な検査ですが、X線(放射線)を用いるため、わずかですが放射線被曝があります。妊娠および妊娠している可能性のある方は、検査前に主治医に申し出てください。

3 造影剤について

検査の内容により造影剤を静脈注射で使うことがあります。造影剤はヨード製剤で検査用の薬です。造影剤を使うことにより、血管の状態・臓器の血流状態・病変の血流状態や特徴がわかり、診断するうえで、非常に重要な情報となることがあります。

また、造影剤を使わないと病気を見つけることができない場合があります。

4 造影剤による副作用について

患者様の体質により、造影剤の使用で、稀にアレルギー反応を生じることがあります。気管支喘息やアレルギー体質・薬物過敏症・造影剤で副作用が出たことのある方は、検査前に主治医に申し出てください。

症状としては、吐気・かゆみ・くしゃみ・発疹・めまい等で、そのほとんどは軽度なものです。しかし、非常に稀ですが、重度な副作用が出現することもあります。(数万人に1人位の頻度で、血圧低下・呼吸困難・意識混濁等が出現することがあります。)

検査中に異常を感じた方は、周囲にいる医師、看護師、放射線技師にお申し出下さい。

万一、副作用が起きても、当院ではすぐに適切な処置を行えるように万全の体制をとっておりますのでご安心ください。

また、時には検査終了後、数日の間に副作用が起こる場合もあります。症状が出現した場合、心配な場合はご連絡ください。

5 その他

病状に応じて、追加の検査、あるいは繰り返し検査をさせて頂くことがあります。

同意書

CT検査 予定日 月 日

患者ID

患者氏名

生年月日

私は、上記検査・治療の目的、方法、必要性、危険性等について別紙のとおり説明致しました。また、万一、偶発症・合併症が発生した場合には他科とも協力し、最善を尽くして対応します。

年 月 日

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 医師 印

医師

(職種)

私は、CT検査の必要性とその内容、これに伴う危険性などについて十分な説明を受け、理解しましたのでその実施に同意します。なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適切な処置を受けることについても同意します。

年 月 日

同意者

患者様のお名前(自署)

御家族のお名前(自署)

(続柄)

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院長 殿

注: 患者様が年少者やご自身で意思表示が出来ない場合には、家族等のみによる同意でも結構です。

< 図 示 >

CT検査についての説明書

1 CT検査とは

X線とコンピューターを使って身体内の断面を撮影し、病気の診断に役立っています。検査時間は部位や病気の種類により異なりますが、おおよそ10分～20分程度です。

2 CT検査に伴う放射線被曝について

CT検査そのものは痛み等なく安全な検査ですが、X線(放射線)を用いるため、わずかですが放射線被曝があります。妊娠および妊娠している可能性のある方は、検査前に主治医に申し出てください。

3 造影剤について

検査の内容により造影剤を静脈注射で使うことがあります。造影剤はヨード製剤で検査用の薬です。造影剤を使うことにより、血管の状態・臓器の血流状態・病変の血流状態や特徴がわかり、診断するうえで、非常に重要な情報となることがあります。

また、造影剤を使わないと病気を見つけることができない場合があります。

4 造影剤による副作用について

患者様の体質により、造影剤の使用で、稀にアレルギー反応を生じることがあります。気管支喘息やアレルギー体質・薬物過敏症・造影剤で副作用が出たことのある方は、検査前に主治医に申し出てください。

症状としては、吐気・かゆみ・くしゃみ・発疹・めまい等で、そのほとんどは軽度なものです。しかし、非常に稀ですが、重度な副作用が出現することもあります。(数万人に1人位の頻度で、血圧低下・呼吸困難・意識混濁等が出現することがあります。)

検査中に異常を感じた方は、周囲にいる医師、看護師、放射線技師にお申し出下さい。

万一、副作用が起きても、当院ではすぐに適切な処置を行えるように万全の体制をとっておりますのでご安心ください。

また、時には検査終了後、数日の間に副作用が起こる場合もあります。症状が出現した場合、心配な場合はご連絡ください。

5 その他

病状に応じて、追加の検査、あるいは繰り返し検査をさせて頂くことがあります。

同意書

CT検査 予定日 月 日

患者ID

患者氏名

生年月日

私は、上記検査・治療の目的、方法、必要性、危険性等について別紙のとおり説明致しました。また、万一、偶発症・合併症が発生した場合には他科とも協力し、最善を尽くして対応します。

年 月 日

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 医師 _____ 印

(職種) _____

私は、CT検査の必要性とその内容、これに伴う危険性などについて十分な説明を受け、理解しましたのでその実施に同意します。なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適切な処置を受けることについても同意します。

年 月 日

同意者
患者様のお名前(自署) _____
御家族のお名前(自署)
(続柄 _____)

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院長 殿

注: 患者様が年少者やご自身で意思表示が出来ない場合には、家族等のみによる同意でも結構です。

< 図 示 >