検 査 説 明 書

患者 ID ：

患者氏名 ：

生年月日 ：

検査日時	時間未指定
予約時間の15分前までに、2階受付4（放射線科）までお越し下さい。	

ＣＴ検査を受けられる方へ

この検査は、Ｘ線を利用して体内の情報を画像化する検査です。

➢注意

① 検査部位により、金属類を外していただきます。

② 撮影目的により、食事の制限があります。

③ 予約の変更は、検査予約を行った診療科へ連絡をお願い致します。

④ 救急病院の為、救急患者撮影等により予約時間どおりに検査が出来ない場合もあります。

予めご了承下さい。

⑤ 機器故障や薬品供給が滞った場合に、当日や予約日時に検査ができないことがあります。

その際の検査 日時の変更にご協力下さい。

➢食事制限について

検査当日
イ. 朝食は召し上がらないでください
ロ. 昼食は召し上がらないでください
ハ. 食事制限はありません

➢検査部位

◆頭部 補聴器・カツラ・ヘアピン・メガネ・イヤリングなどを外していただきます。

◆頚部 入れ歯・ネックレスなどを外していただきます。

◆胸部 ネックレス・エレキバン・チャック・金属の付いた衣類（ブラジャー等）を外していただきます。

◆上腹部 エレキバン・チャック・カイロ・金属の付いた衣類（ブラジャー等）を外していただきます。

◆腹部～骨盤 エレキバン・チャック・カイロ・金属の付いた衣類（ブラジャー等）を外していただきます。
骨盤を含めた撮影時には、検査の約 2 時間前から尿を溜めて下さい。（膀胱を膨らませることにより、膀胱・前立腺・子宮・卵巣などの判別をしやすくします。）

◆脊椎 ネックレス・エレキバン・チャック・金属の付いた衣類（ブラジャー等）を外していただきます。

◆四肢 撮影部分の金属を外していただきます。

※造影剤に関する不明な点や造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。
ご不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。
またご**都合で来院できなくなった場合は、早めに下記までご連絡をお願いします。**

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター
電話 東京(03)56323111（代表）
CT検査室 内線 3284

ＣＴ検査同意書

診療科名：
患者 ID：
患者氏名：
生年月日：

検査説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

陪席者(職種　　) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この用紙は、あなたが受けるCT検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け、下記ヨード造影剤に対する留意事項もご確認ください。

記

1、 検査概要

CT検査は、体の横断面を線をＸ線を使用して撮影し、これにより得られた情報をコンピューターで解析して、目的とする部分の画像診断をする検査です。必要に応じてヨード造影剤を使用する場合があります。

2、 ヨード造影剤や使用の必要性

検査内容や病気の種類にもよりますが、造影剤を血管内に注射すると血管の走行や個々の臓器、病巣の部位や性質などが一層明瞭に観察できるようになり、病気をわかり易く正確に診断できるようになります。CT検査では造影剤の使用が極めて有用になるため、必要に応じて造影剤を注射する場合がありますのでご了承ください。

3、 ヨード造影剤による副作用

ヨード造影剤を注射すると、希に（2%以下）アレルギー反応（じんま疹、くしゃみ、吐き気、発熱など）を起こすことがあります。ほとんどの場合、軽度で一過性の症状で様子をみたり、アレルギーを抑える処置（注射、内服）でよくなります。しかし、非常に希に（0.004%以下）重度な症状（血圧低下、呼吸障害など）を起こすこともあります。約30万人に1人の割で重度な症状による死亡例の報告もあります。

また、ヨード造影剤注射後１～3日くらい経過してから軽度な症状が現れることもあります。これらの症状を総称して副作用と呼びますが、当院では万が一、副作用が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えていますのでご安心ください。

尚、副作用の治療には別に費用がかかります。

※造影剤に関する不明な点や造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。

順天堂大学医学部附属　順天堂東京江東高齢者医療センター

順天堂大学医学部附属　**順天堂東京江東高齢者医療センター院長殿**

CT検査施行同意書

(1) 私はこのたび予定された検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。

(2) また、検査においてヨード造影剤を使用することにより、希に副作用が有りうることも説明を受け、その必要性も理解しましたので

検査日時　　時間未指定　(　　) CT検査用造影剤の使用に同意します。
(　　) CT検査用造影剤の使用に同意しません。

同意年月日　西暦　　年　　月　　日

患者本人または代理人（続柄　　）　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜カルテ添付＞

ＣＴ検査同意書

診療科名：
患者 ID：
患者氏名：
生年月日：

検査説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

陪席者(職種　　) ＿＿＿＿＿＿＿＿

この用紙は、あなたが受けるCT検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け、下記ヨード造影剤に対する留意事項もご確認ください。

記

1、 検査概要

CT検査は、体の横断面を線をＸ線を使用して撮影し、これにより得られた情報をコンピューターで解析して、目的とする部分の画像診断をする検査です。必要に応じてヨード造影剤を使用する場合があります。

2、 ヨード造影剤や使用の必要性

検査内容や病気の種類にもよりますが、造影剤を血管内に注射すると血管の走行や個々の臓器、病巣の部位や性質などが一層明瞭に観察できるようになり、病気をわかり易く正確に診断できるようになります。CT検査では造影剤の使用が極めて有用になるため、必要に応じて造影剤を注射する場合がありますのでご了承ください。

3、 ヨード造影剤による副作用

ヨード造影剤を注射すると、希に（2%以下）アレルギー反応（じんま疹、くしゃみ、吐き気、発熱など）を起こすことがあります。ほとんどの場合、軽度で一過性の症状で様子をみたり、アレルギーを抑える処置（注射、内服）でよくなります。しかし、非常に希に（0.004%以下）重度な症状（血圧低下、呼吸障害など）を起こすこともあります。約30万人に1人の割で重度な症状による死亡例の報告もあります。

また、ヨード造影剤注射後１～3日くらい経過してから軽度な症状が現れることもあります。これらの症状を総称して副作用と呼びますが、当院では万が一、副作用が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えていますのでご安心ください。

尚、副作用の治療には別に費用がかかります。

※造影剤に関する不明な点や造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。

順天堂大学
医学部附属　順天堂東京江東高齢者医療センター

順天堂大学
医学部附属　**順天堂東京江東高齢者医療センター院長殿**

CT検査施行同意書

(1) 私はこのたび予定された検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。

(2) また、検査においてヨード造影剤を使用することにより、希に副作用が有りうることも説明を受け、その必要性も理解しましたので

検査日時　　時間未指定　(　　) CT検査用造影剤の使用に同意します。
(　　) CT検査用造影剤の使用に同意しません。

同意年月日　西暦　　年　　月　　日

患者本人または代理人（続柄　　）　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜患者さま用＞

ID No.　：　　検査日：
フリガナ　　依頼科：
氏名　　：　　依頼医師：
生年月日：

造影CT検査および造影MRI検査の問診票

造影剤副作用に対する予備情報を得るため、あなたの既往歴をお聞かせください。

1. 今までに、「造影検査」を受けたことがありますか？　□はい　□いいえ

その時に気分が悪くなりましたか？　□はい　□いいえ

・「はい」と答えられた方、症状をお聞かせください。

吐き気 ・ 息苦しさ ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 咳 ・ くしゃみ ・ その他 [　　]

2. 今までに、「アレルギー体質」と言われたことがありますか？　□はい　□いいえ

・「はい」と答えられた方、アレルギー体質の内容をお聞かせください。

ぜんそく ・ じんま疹 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ その他 [　　]

3. 今までに、「お薬」で副作用が起きたことがありますか？　□はい　□いいえ

・「はい」と答えられた方、具体的なお薬の名前をお聞かせください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4. 以下の病気があると言われたことがありますか？（治療中を含む）　□はい　□いいえ

腎臓病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 糖尿病 ・ その他 [　　]

年　　月　　日

患者本人署名：

ご本人が記入できない場合
ご家族または代理人の署名：　　続柄（　　）

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター　　2025年5月作成