

CT検査の医療被ばくに関する説明書

CT検査は、放射線(X線)を使用して体の中の構造や病変の広がり・性状を詳しく調べる精密検査です。放射線を用いるため、放射線被ばくによる以下の影響が生じる可能性があります。被ばくによる不利益よりも、検査によって得られる利益の方が十分に大きいと判断される場合に実施します。

▼放射線の人体への影響▼

・確率的影響:

被ばくする放射線量が増えるほど、発がんや遺伝的影響が高くなる影響です。影響が現れる期間は数年から数十年後です。1回のCT検査で受ける放射線量(100mSv以下:低線量被ばく)では、その関係は明らかにされていません。

・組織反応(確定的影響):

しきい値(しきい線量)を超える放射線量を被ばくすると、一定の割合で起こる反応があります。代表的な反応には皮膚紅斑や脱毛、骨髄減少などがあります。1回のCT検査で受ける放射線量(100mSv以下:低線量被ばく)では確定的影響が発生することはほとんどないと考えられています。

▼予想される被ばく線量▼

CT検査での放射線被ばく線量は、撮影方法や部位により異なりますが、1回の撮影で約5~30mSv程度となります。

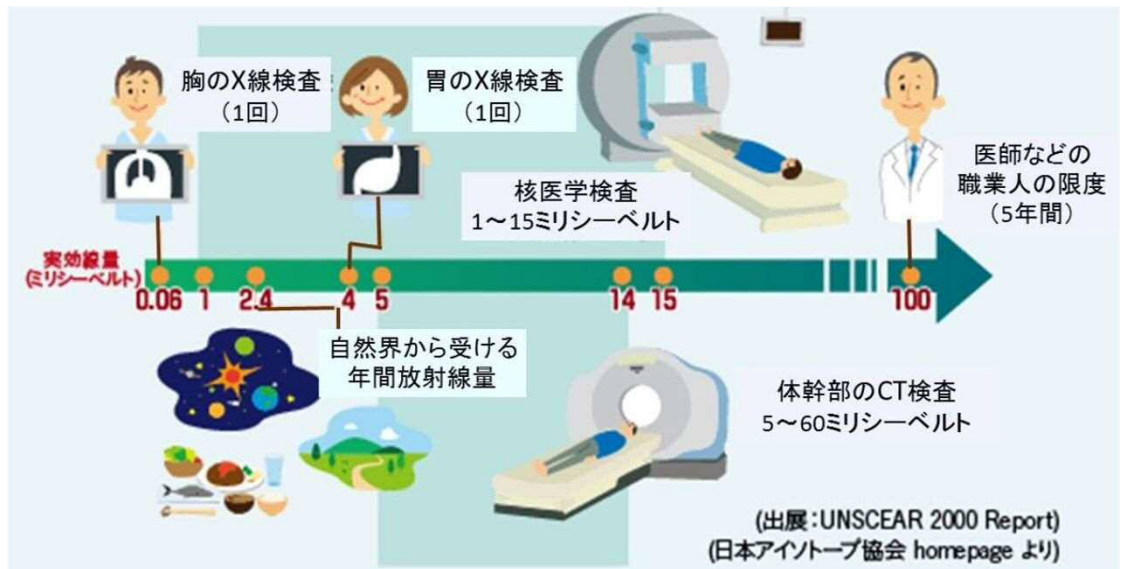
▼当院での被ばく低減の取り組み▼

不必要な放射線被ばくを抑えるために以下の取り組みを行っています。

- ・必要以上の範囲は撮影しない
- ・頻回の繰り返し検査は避ける
- ・装置の被ばく低減機能を積極的に使用する
- ・放射線機器については定期的に点検を行い、放射線量を測定し適正かどうかのチェックを実施

▼CT検査でのおおよその被ばく線量▼

検査部位	mSv
頭部	2.8
胸部	7.7
胸部~骨盤	19.5
腹部~骨盤	15



CT検査 確認書

(必ず依頼医が記載のこと)

検査日: _____

患者様のID: _____

※診療情報提供書(検査依頼書)下段に記載してある山口大学医学部附属病院でのIDです。

▼ CT 禁忌事項 ▲ (必ずあり・なしの何れかにチェックをつけて下さい。) □①～⑤すべて「なし」

次のような方は検査を受けられないことがあります。必ずスタッフに申し出てください。

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ① 妊娠されている方、または妊娠されている可能性のある方。 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ② 心臓ペースメーカーや除細動器を使用されている方 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ③ 脳深部刺激装置を使用している方 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ④ CT検査予定の数日前に、バリウムを使用した検査を受けられた方
(腸内に残っているバリウムにより、CT画像に影響を及ぼします) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑤ 取りはずしのできない金属がお身体にある方。 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

脳動脈瘤クリップ・血管内ステント・フィルター・人工心臓弁・人工関節・人工内耳・固定プレート・手術クリップ・ワイヤー・カテーテル・その他体内金属・インプラント・歯科矯正具・血糖値測定用の器具など具体的にどこに何が入っているか記載してください。

(どこに:

何が:

)

・CT対応が未確認または不明な場合、検査を受けられないことがありますのであらかじめ確認をお願いします。

・入れ歯・補聴器・コンタクトレンズ(金属成分を含有する)など取り外しのできる金属は検査前に外していただきます。

▼ CT検査中のお願い ▲

- 検査前に所定の検査衣に着替えていただき、検査室に入ります。
- 検査時間は5～15分程度です。
- 検査中は、身体や手足が動くと画像がボケますので、**動かないように注意**して下さい。
- 検査中は、操作室(検査担当者)と常にマイクやブザーで連絡を取ることができます。
万が一、気分が悪くなったりした場合には検査担当者にお知らせください。

▼ 腹部のCT検査を受けられる方へ ▲

- 検査6時間前より食事制限があります。お水・お茶だけは飲んでいただいて結構です。

患者様への説明確認

説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

CT検査についての禁忌事項の確認・リスク等の説明をしました。

依頼医署名 _____

同席者氏名 _____

患者氏名 _____

MRI検査 説明書

▼ MRI とは▲

MRI(磁気共鳴画像)とは、非常に強い磁石と電磁波を利用し、体の内部の状態を検査する方法です。様々な角度から体の断面の写真を撮影することができます。

▼ MRI 検査を受けるときの注意▲

MRI で使われる磁石や電磁波は、普通の場合は人体への影響はありません。ただし、次のような方は MRI 検査を受けられないことがありますので、主治医または検査担当者にあらかじめお知らせください。

- 心臓ペースメーカーや刺激電極などを体内に入れている方
- シェントチューブを挿入されている方(MRI検査後に、調整が必要な場合があります)
- 血管ステントや人工弁置換術などの手術を受けたことのある方
- 体内に脳動脈クリップや人工関節などの金属が埋め込まれている方
- その他、以前に外科手術を受けたことがある方
- 妊娠している可能性のある方(妊娠12週未満の方)
- 入れ墨・アートメイクをいれている方
- てんかんの既往のある方(大きな音で稀にてんかん発作が誘発される場合があります)
- 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方、大きな音に敏感な方

▼ MRI 検査前の準備▲

- 次の物は故障したり検査に影響したりすることがありますので、検査前に必ず取り外し、検査室内へ持ち込まないようにしてください。
 - ▶ 金属類・時計、メガネ、ライター、鍵、ヘアピン、アクセサリ類など
 - ▶ カード類・キャッシュカード、クレジットカードなどのカード類、定期券など
 - ▶ 衣類・発熱保温機能付の衣料(ヒートテック等)、ファスナーや金属ボタンのついた衣類、金属がついた下着、ベルトなど
 - ▶ その他・携帯電話、補聴器、取り外しのできる義歯、カイロ、エレキバン
- アイメイクなどの化粧品には金属を含む成分が含まれていることがあり、火傷の危険性があるため検査直前に落としていただくか、来院時には控えてください。
ジェルネイルやカラーコンタクトも火傷の危険性があるため、予め外して来院してください。
- 以下の貼付薬または血糖持続測定器は、火傷の危険性があるため検査時は外して検査を行います。
ニトロダーム・エレキバン・ニコチネル・ノルスパンテープ・ニュープロパッチ・湿布薬・リブレ・ミニメド
- 撮影部位により、検査前に所定の検査衣に着替えていただき、検査室に入ります。

▼ MRI 検査中のお願い ▼

- 検査時間は全部で 30 分程度です。検査中は動かさないでください。
- 検査中は装置から連続的にトントントンという大きな音が聞こえてきます。うるさく感じますが、その間は撮影していますので、リラックスして動かずに寝てください。
- 検査中は、操作室(検査担当者)と常にマイクやブザーで連絡を取ることができます。万が一、気分が悪くなったりした場合には検査担当者にお知らせください。

▼ 腹部の MRI 検査を受けられる方へ ▼

- 午前中の検査の方は朝食、午後の検査の方は昼食を抜いておいてください。
- 胆道系・膵管の検査(MRCP)を受けられる方は検査の前にボースデルというお薬を飲んで頂きます。医師から水分制限を指示されている方は、検査前に検査担当者にお知らせください。

※検査当日はこの紙を持参してください。

[MRI 検査 確認書]

MRI検査 確認書

検査日: _____

(必ず依頼医が記載のこと)

患者様のID: _____

※診療情報提供書(検査依頼書)下段に記載してある山口大学医学部附属病院でのIDです。

▼MRI 禁忌事項(必ずあり・なしの何れかにチェックをつけて下さい。) □①～⑥すべて「なし」

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ① 心臓ペースメーカー(MRI 未対応型)除細動器(MRI 未対応型) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ② 人工内耳・中耳・神経刺激装置などの体内電子装置 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ③ 可動型義眼・眼窩内の金属片 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ④ 磁石を利用した義歯・インプラント等 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑤ スワングアンツカテーテル・導電率の高いカテーテル等 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑥ シヤントチューブ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

【 以上の項目がひとつでも、ありの場合、MRI検査はできません 】

▼該当項目にチェックを入れて下さい □①～④すべて「なし」

- | | |
|--------------------------------|--|
| ① 妊娠中あるいは妊娠している可能性(胎児の安全性は未確立) | <input type="checkbox"/> あり(リスク説明済み) |
| ② 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> あり(患者様同意済み) |
| ③ 入れ墨・アートメイクなど(火傷・変色する可能性あり) | <input type="checkbox"/> あり(患者様同意済み) |
| ④ 体内に金属や異物等 | <input type="checkbox"/> あり(MRI 対応の確認済み) |

脳動脈瘤クリップ・血管内ステント・フィルター・人工心臓弁・人工関節・人工内耳・固定プレート・手術クリップ・ワイヤー・カテーテル・その他体内金属・インプラント・歯科矯正具 など具体的にどこに何が入っているか記載してください。

(どこに: 何が:)

・MRI 対応が未確認または不明な場合、原則、検査できません。

・入れ歯・補聴器・カラーコンタクトレンズなどは検査前に外していただきます。

患者様への説明確認

説明日: 年 月 日

MRI検査についての禁忌事項の確認・リスク等の説明をしました。

依頼医署名 _____

同席者氏名 _____

患者氏名 _____