

自治医科大学附属病院 CT 検査の手引き (担当医師用)

◆CT 検査のご予約の方法

- 放射線検査受付 (直通: 0285-58-7128) でご予約を受け付けます。
予約日確定後、地域医療連携室 (FAX: 0285-44-5397) へ別紙紹介状を送信ください。

◆CT 検査のご依頼に際して

- 電話予約時に検査予約日時をお伝えしますので、患者様用の検査予約票と CT 検査紹介状にご記入ください。
- 当院の受診歴の有無を予約時に確認致しますので、事前に患者様に確認をお願い致します。(当院を受診したことがある患者様の場合は ID 番号が既にあります)
- CT 検査紹介状は、必要事項を記載し FAX で送信してください。
- 患者様用検査予約票はそのまま患者様にお渡しください。
- 検査部位・造影の有無に関しては当院放射線診断科医師の判断により変更する場合があります。
- 造影を希望される場合は検査予定日から 3 ヶ月以内の腎機能(クレアチニン、最終測定年月日)を必ずご記入頂ますようお願い致します。患者様には検査結果を持参させてください。
- 検査の内容や食事・常用薬などの注意事項は患者様用の検査予約票に記載されています。注意事項に即して患者様に食事・常用薬、検査当日の注意・指示をお願い致します。
 - 常用薬は検査当日通常通り服用して頂いて結構です。
 - 造影の場合、検査当日は禁食(水やお茶は摂取可)を原則とさせていただきます。糖尿病治療薬は低血糖防止のため、検査後食事をとってからの服用を指示してください。
 - ビグアナイド系糖尿病薬は乳酸アシドーシスの危険性があるため、eGFR が 45 mL/min/1.73 m² 以下では造影剤投与前後 48 時間の休薬が必要です。30 未満は原則造影禁忌です。
- 小児患者や、成人の心臓・冠動脈造影 CT、CT colonography(大腸 CT)に関しては前処置や検査適応の判断が必要となりますので、直接のご依頼は承っておりません。それぞれ当院小児科、循環器内科、消化器科外来にご紹介ください。

◆CT 検査当日

- 検査当日は予約時間の 30 分前までに放射線受付に直接来院させてください。
- 検査当日は検査予約票・保険証、自治医科大学附属病院に受診歴のある患者様は診察券(ID カード)を持参させてください。

◆検査結果について

- 当院の放射線診断専門医が読影・診断し、検査報告書と DICOM データを後日郵送致します。読影医により至急報告が必要だと判断された場合は、電話の上、FAX 致します。

CT検査 紹介状

自治医科大学附属病院
地域医療連携室 行

FAX : 0285-44-5397

紹介元医療機関名 :

医師名 :

TEL :

FAX :

ふりがな

・患者名 : _____ 様 ()歳 (男・女)

(旧姓)
・生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・連絡先電話番号 : _____ 自宅 ・ 携帯

・自治医大診察カード (有・無 ID番号: _____)

・CT検査 予約日時 _____ 月 _____ 日 ()曜日

午前・午後 _____ 時 _____ 分

予約受付TEL 自治医科大学附属病院 放射線検査受付 0285-58-7128 平日 8:30~17:15

診断名、症状 :

検査目的、所見など :

希望検査部位 (希望部位を○でお困みください。または関節名、臓器名などご記入ください)

・頭部 : 脳 ・ 側頭骨 ・ 副鼻腔 他(_____)

・体幹部 : 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 胸腹部

・脊椎 : 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎

・大血管 : 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 胸腹部

・四肢関節 : (右・左 _____)

・その他 : (_____)

上記以外の特殊検査は直接のご依頼を承れないことがございます。別紙のCT検査の手引きをご参照ください。

造影希望 : 無 ・ 有

検査画像データ : CDR郵送(医療機関宛) ・ CDR持ち帰り(1時間ほどお時間を要します)

検査結果は原則として医療機関へ郵送致します。至急報告が必要な場合はFAX致します。

問診項目、検査データ (お手数ですが必ず記載をお願いします)

① 血清Cr値 : (採血日 _____)造影希望の場合、3か月以内の検査結果を当日お持ちください。

② アレルギー : 無 ・ 有 (_____)

③ 感染症 : 不明 ・ 無 ・ 有 (_____)

④ 妊娠またはその可能性 : 無 ・ 有 “有”の場合には原則検査を受けることが出来ません。

⑤ ペースメーカーまたはICDなどの体内埋め込みデバイス : 無 ・ 有

自治医科大学附属病院 CT室 0285-58-7154 平日 8:30~17:15

CT 検査 説明書 (患者様用)

CT 検査室 (本館 1 階 放射線検査室 11 番～)

当院初診の方、診察カードをお持ちの方も直接放射線受付までお越しください。

【検査当日にお持ちいただく書類など】

- ① 健康保険証、自治医科大学附属病院の診察カード (当院受診歴のある方)
- ② CT 検査 説明書 (この用紙)
- ③ CT 検査 紹介状 (FAX 送付状)
- ④ 3 か月以内の血清クレアチニン値の採血結果 (造影検査の方のみ)
- ⑤ お薬手帳

●造影検査の方は、3 時間の絶食が必要となります。ただし脱水予防のため水分(飲料水)の補給はおこなってください。医師等から水分制限をされている方は、その指示に従ってください。誤って食事を食べてきてしまった方は検査室職員までお申し出ください。また、糖尿病で食前に血糖降下剤を服用されている方は、当日の薬を飲まずに持参して下さい。

●造影検査の方で、3 か月以内の採血結果が無い場合には、当院にて最新の腎機能のデータを確認する必要があります。採血の結果が出るまで 1 時間程かかりますので、予約時間より 1 時間以上早めにご来院くださいますようお願いいたします。

【検査の内容】

CT 検査とは、X 線を体の周り 360 度全方向から照射して、コンピューターにより体内の断層画像を得る検査です。全身の精密検査が短時間で可能な検査です。必要最小限の被ばくを伴いますので、妊娠の可能性のある方は検査室職員までお申し出ください。

●検査時間 : 10 分程度で検査内容により多少異なります。

●検査当日の状況により開始時間が前後する事があります。他に当院での診察や検査がある場合は院内の連絡や、時間調整をしますので、あらかじめお申し出ください。

●予約時刻に遅れた場合、状況により検査が受けられない場合があります。調整可能な場合もありますので、遅れる場合には、必ず放射線受付までご連絡ください。

●当院は三次救急医療機関となっており緊急の患者様が優先されることがありますので、ご了承ください。

【検査を受けるに当たっての注意事項】

●妊娠の可能性のある方は、検査室の職員までお申し出ください。

●お薬は医師の指示がない限り、普段どおり服用して下さい。

●当日は、金属 (チャック・ボタン・ホックなど) が付いていない服装でお越し下さい。

★検査終了後は、食事をはじめ、普段どおりの生活をしていただいで結構です。

★検査で造影剤を使用した場合は、排泄を促すため水分を意識して摂るようにして下さい。

★ご不明な点がございましたら、下記の連絡先へ連絡して下さい。

自治医科大学附属病院 放射線検査受付 Tel 0285-58-7128(直) 平日 8:30~17:15

自治医科大学附属病院 2022.4.1 改訂

自治医科大学附属病院 CT検査 予約票

月 日 時 分 から行います

30分前までに、直接 放射線 受付 までお越しください

