**CT検査依頼票**

**（宛先）**

（様式４）

**名市大　西部医療センター**

**（地域医療連携センター）**

**FAX番号（052）856 - 0049**

**依頼機関**

**医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関連絡スタッフ名**

**TEL　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　依頼日　令和　　　年　　　月　　　日**

**FAX 　0568-25-2120　　依頼日：令和　　年　 月 　 日**

依頼医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　 　　　先生

ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　予約日：平成 　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名  連絡先：　 　　　－　　　 　－ | | | 男女 | 明治・大正・昭和・平成・令和  　 　年　　　月　　 　日 |
| 住所 | | | | |
| **【※造影検査は午前のみです】**  希望検査日 | **①　妊娠の有無：　有・無**  第１希望：　　　月　　　日（　　　）ＡＭ　　　　　　ＰＭ | | | |
| 第２希望：　　　月　　　日（　　　）ＡＭ　　　　　　ＰＭ | | | |
| **希望検査部位**  ア　頭部 　　イ　頸部　　　ウ　胸部  エ　上腹部　 オ　下腹部（骨盤部）  カ　その他  **キ　インプラントの為の撮影（自費）** | | ※必ずチェックをお願いします。  □　被ばくに関する説明を行いました**。** | | |
| **（必要により、撮影部位を図示してください。）** | | |
| **撮影方法：**単純 　 単純＋造影 | |

**※10歳未満の方は、小児科へご依頼ください。**

**※ 造影検査の場合、ご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **②ｸﾚｱﾁﾆﾝ**　　　　　mg/dl **eGFR**　　　　ml/min/1.73m3 **採血日** 　年 月　　 日  **(eGFR30未満は造影できません。採血日1年以上前の場合、改めて血液検査を行ってください。)** | |
| **③ﾖｰﾄﾞ造影剤ｱﾚﾙｷﾞｰ** 　無 ・ 有 ・ 不明 | **④他のｱﾚﾙｷﾞｰ**　　無　・　　有  **内容：** |
| **⑤喘息、甲状腺機能不全**　　無 ・ 有 |
| **⑥ﾒﾄﾎﾙﾐﾝ糖尿病薬内服**　　　無 ・ 有  **(例：メルビン、メディット、グリコラン、メトリオン、ネルビス、メトホルミン塩酸塩錠)** | |

**①－⑥が”有”の場合、検査は一部で困難です。連携室より確認の電話をさせて頂きます。**

地域医療連携センター直通　052-991-8145

**診療に用いる放射線についての説明**

Ver.1.0(2020)

今回予定される検査では，診療に必要な情報を得ることを目的に放射線を使用します．

放射線被ばくのからだへの影響（確定的影響，確率的影響）について説明いたします．

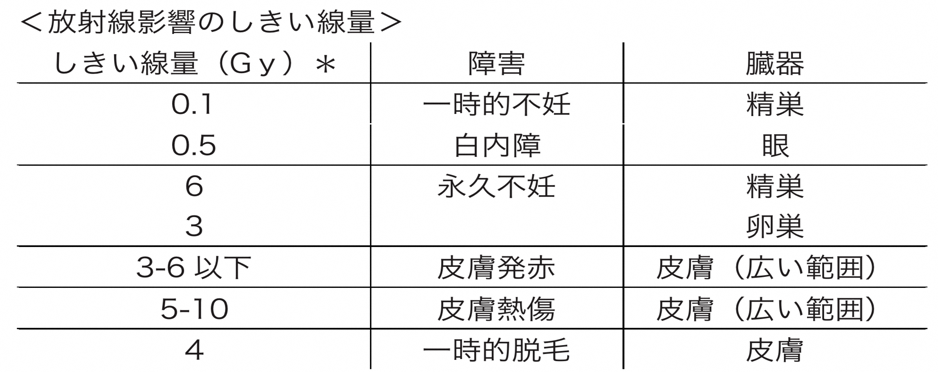
確定的影響：比較的高線量（0.1〜数 Gy以上）と一定以上の線量（しきい線量）を超える被ばくをしない限り発生することはありません．一度に大量の放射線を受けるときに生じる影響として皮膚障害，胎児発達障害，急性放射線症などがあります．

確率的影響：200 mSvを超える被ばくにより，線量に比例して発生率が増加すると考えられている影響で，がん発症，遺伝的影響が含まれます．

　ただし100 mSv（0.1 Sv）以下の低線量被ばくでは，喫煙や飲酒と云った他の要因（生活習慣）による発がんの影響に隠れるほど影響は少ないため，放射線による発がんリスクの増加は明らかとなっていません．一方，100 mSv以下の放射線被ばくは，生体刺激により，発がんの減少や寿命の延長をもたらすという研究成果も数多くみられます．

**CT，核医学検査**：からだに影響が出ると言われている量よりも，はるかに少ない量を必要な場所に絞って使用するため，放射線による影響を心配されることはありません．

**血管造影検査**：透視を用いる検査であり，非常に検査時間が延長した場合，皮膚線量がしきい値を超えてしまい，部位によって発赤，白内障をはじめ障害を生じる可能性はあります．



＊しきい線量：これ以上，放射線を浴びると症状が現れるが，これ未満では現れない線量をいいます．すべての人に出るのでなく被ばくした人の1％に影響がでる線量です．

＜一般的な放射線診療における被ばく量（診断参考レベル等より）＞

（カッコ内は当院の被ばく線量）【検査等の内容により幅があります】

胸部単純X線写真 3.0 mGy (0.1 mGy)

CT 検査　　 15-85 mGy (頭部：64.6 mGy 胸部：8 mGy 腹部：11.4mGy)

核医学検査　　 0.5-15 mSv (骨シンチ：1.8 mSv，FDG PET/CT：2.46mSv)

血管造影　　 20 ｍGy/分 (9 mGy/分)

当院では厚生労働省が定めるガイドラインに沿い，「診療用放射線の安全管理に係る体制」を整え，放射線診療において検査による利益が不利益を上回ることを検討し，必要性があると判断した場合に実施します．また，検査目的に最適化した放射線診療の管理にも務めています．

今回の検査を受けた場合，より適切な治療方針のための情報を得ることができます．

検査を受けなかった場合，必要な情報が得られず適切な治療が受けられない場合や治療の遅れが生じる可能性があります．

名古屋市立大学医学部附属　西部医療センター　放射線診療センター