

心臓 CT 検診に関する説明書・同意書

1) 心臓 CT 検診とは、心臓周囲を撮像し、冠動脈の石灰化の有無の評価、心臓周囲に蓄積した脂肪量を計測する画像検査で、将来的な心疾患のリスクがあるか調べることを目的とします。

この検診では造影剤は使用しませんので、血管内のプラークや狭窄を診断することはできません。

2) この検診で考えられる利益は以下です。

- ・冠動脈の石灰化や心臓周囲の脂肪量から心疾患のリスクを推定することで、生活習慣の改善を図る機会を得ます。
- ・撮像範囲内の心臓部以外の疾患(肺がんや肺気腫、縦隔腫瘍など)が発見され、早期治療に結び付く可能性があります。

3) この検診で考えられる不利益は以下です。

- ・異常が見つからなかったとしても、心疾患の原因が不整脈やこの画像検診では写らないプラークなどの場合があるため、将来的な心疾患の可能性を完全に否定できるものではありません。
- ・検診後に冠動脈内の狭窄の有無を診断するために、造影 CT などの精密検査や定期的な経過観察が必要となる場合があります。
- ・精密検査過程における合併症の可能性や検査費用が発生します。
- ・身体的に影響を与える量ではありませんが、放射線被ばくがあります。

4) 以下の方は受けられません。

- (女性の方)妊娠中または妊娠の可能性のある方
- 除細動器が埋め込まれている方
- ペースメーカーが埋め込まれている方

5) その他、ご理解いただきたい注意事項

- ・冠動脈にステントが入っている方や極端に高心拍な方は正確な結果が得られない場合があります。

6) 不明点があった場合のお問い合わせ: 奥州市総合水沢病院 健診センター(0197-25-3833)にお問い合わせください。

同意書

奥州市総合水沢病院 院長殿

私は以上の説明を読み充分理解した上で、心臓 CT 検診を受けることに同意します。

20 年 月 日

同意者氏名(署名)

(受検者との関係)