

大腸 CT 検査（大腸 3DCT）とは？



内視鏡を使わない大腸検査です。肛門から細い管を約7cm挿入し大腸を炭酸ガスで膨らませた状態でCTで撮影しコンピューター処理により三次元画像に再構成し大腸内を観察します。

マルチスライスCT コロノグラフィ検査・仮想大腸内視鏡検査（ヴァーチャル大腸内視鏡検）大腸 3D-CTとも呼ばれています。

日本では、まだ検査できる施設が少ないが欧米では、この検査を用いて大腸を診断することが一般化されています。

大腸 CT 検査 長所と短所

長所	短所
<ul style="list-style-type: none">• 検査の所要時間が短い（15分程度）• 苦痛が少ない。検査中、安定剤は注射しません• 腸の狭窄や癒着がある方でも検査可能• 合併症はほとんど起こらない• 腸の両方向（口側と肛門側）から観察可能なので、内視鏡では見えにくいひだの裏側の観察が可能• 立体的に観察できるため大腸全体像・病変の形状を正確に確認できる。• 腹部撮影の為、大腸以外の臓器の情報が得られる。	<ul style="list-style-type: none">• 病変の色や固さの情報が得られない。• 生検（組織の採取）ができない。 異常があった場合、改めて内視鏡検査が必要• 医療被曝がある為、妊娠の可能性のある方は受けることができない。• 平坦な病変、5mm以下のポリープ様病変の描出精度が内視鏡に比べて劣る。• 検査の前に下剤を飲む必要がある。• 検査中、腸に炭酸ガスを注入するのでお腹が張る。

大腸 CT 検査のできない方

- CTの撮影ができない方
- 妊娠中の方
- ある特定のペースメーカーが腹壁に装着されている方
- 検査のための前処置ができない方
- 腸閉塞が疑われる方
- 腎機能が極めて悪い方



大腸 CT 検査日時

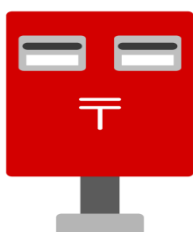
月（10:00）・水（10:25）

費用

35000 円（税込）

検査結果

検査結果は、すぐには出ません。画像処理と読影にお時間がかかります。
おおよそ1週間後にご自宅に、結果レポートをご郵送いたします。



大腸 CT 検査の手順

- ① まずは、ネットやお電話で、検査日をご予約ください。
↓
- ② 問診票をホームページよりダウンロードして記入し、下記のいずれかの方法でお送りください。
 - ・メール（radio@radio-gazo.jp）に添付
 - ・FAX（06-6311-7510）
 - ・郵送（住所：〒530-0026 大阪市北区神山町 1-7 扇町メディックスモール 2F
宛先：ラジオロジッククリニック扇町 医事課宛）
↓
- ③ ご記入頂いた問診票を当院の医師が確認し、検査可能かどうか判断致します。
その返信を、メール・FAX、もしくは郵送で、書面にてご返信致します。
検査可能なら、料金を指定口座へご入金ください。
※専用食郵送などの関係上、検査 10 日前までに当院指定の銀行口座へご入金
をお願い致します※

↓
- ④ ご入金確認後、専用食をご郵送致します。同封の用紙の、指定通りにお召し上り下さい。
↓
- ⑤ 検査当日、ご予約時間にご来院ください。

*** 予約確定後キャンセルされる場合、検査料の返金はできません ***

大腸 CT 検査の流れ

検査3日前

- より正確な検査になるように、食物繊維の多いもの・消化の悪いものは避けてください。
控えるたべもの：海藻類・きのこ類・繊維の多い野菜・種のある果物・その他（ごま・ピーナッツ・こんにゃく）
推奨されるたべもの：うどん・パスタ・パン
- 水の飲み方が少ないと腸内がきれいになりません。
飲んで良いもの：お茶・ウーロン茶・麦茶・コーヒー・紅茶（ミルク・レモン入れない。砂糖 OK）・スポーツドリンク
飲んではいけないもの：牛乳などの乳製品・果汁 100%ジュース・お酒

検査前日

- ① お送りする検査食と大腸 CT 用造影剤を、すべてお召し上がりください。
- ② 夜 8：00 に下剤を服用してください。数回トイレに行って大腸をきれいにします。



検査当日

- ① 撮影前に腸の動きを抑える筋肉注射を行います。
- ② 細いチューブをおしりに挿入し、次に炭酸ガスを送気し大腸を膨らませます。
- ③ CT で仰向けとうつ伏せの 2 回撮影を行います。
 - *場合によっては横向きの撮影を追加することがあります。
 - *約 10 秒間の息どめの間に 1 回撮影します。
 - *検査時間は、15 分程度です。

検査終了後

- ① 炭酸ガスによるお腹の張りは、15 分程度で自然に吸収され症状はなくなります。
- ② 検査終了後は食事の制限はありません
 - *腸の動きを抑える注射の作用で目がちらつくことがあるので、検査当日のお車の運転は避けてください。
- ③ 1 週間後検査結果をご郵送します。

大腸 CT ドック問診票
こちらの用紙のみを、お送りください

①お名前を記入下さい (漢字).....様 (ヨミガナ).....(才)

②受診可能か、当院からの返信先を、一つ記入下さい

(メール:.....@.....)

(FAX:.....-.....)

(ご郵送先住所:.....)

検査を安全に実施するために、下記の質問にすべてお答えください。不明な点がある場合は、連絡させて頂くことがあります。なお問診の結果、検査を受けられないこともあります。ご了承ください。□に✓を入れてください。

患者様ご記入欄

大腸の検査を以前に受けられましたか?.....
はいの方→注腸検査 大腸内視鏡 大腸CT検査 その他(.....)

硫酸バリウムに対し、過敏症の既往歴はありますか?.....

胃や腸のバリウム検査をした事がありますか?.....
はい→検査した日:.....年 月 日

食物アレルギーがありますか?.....

便秘症ですか?.....

排便は何日おきですか?.....
約.....日に.....回(例:約5日に1回など)

これまでに手術を受けた事がありますか?.....
はいの方→胃 小腸 子宮・卵巣 大腸(ポリプ切除含む) 股関節 胸・腰椎
鼠径ヘルニア ペースメーカー その他(.....)

→手術はいつごろですか。今から.....年前に手術した。

→必ずご記入下さい。手術で金属が入っていますか。.....
はい→(部位:.....)

今までに大きな病気したことがありますか。.....

ご家族で大腸癌になられた方がおられますか?.....
はいの方→父母 祖父母 兄弟姉妹 その他(.....)

腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか?.....
→人工透析を受けたことはありますか?.....
約.....年前に透析した

妊娠またはその可能性ありますか?.....

右記のような病気と言われたことがありますか?.....
前立腺肥大(男性のみ) 心疾患 糖尿病 クローン病 潰瘍性大腸炎

右記のような感染症と言われたことがありますか?.....
はいの方→B型肝炎 C型肝炎 梅毒 その他感染症(.....)

身長・体重をご記入ください。.....
身長.....cm 体重.....Kg

記入日:令和.....年.....月.....日 ※ご記入は以上です。ありがとうございました。

医師判定

検査	鎮痙剤(ブスコパン)使用
可 否	可 否

患者様署名.....
医師署名.....