

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 検査の長所と短所

長所	短所
短時間の検査（15 分程度） 苦痛が少ない、検査中安定剤は注射しません	病変の色や固さの情報が得られない
腸の狭窄や癒着がある方でも検査可能 安全に検査できる（0.059%）	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
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。	医療被曝がある、妊娠の可能性のある方は受けることができない。
腹部撮影の為、大腸以外の臓器の情報が得られる。	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。

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

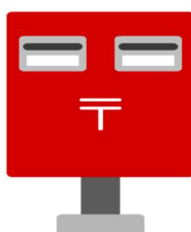
月(10:15)・水(10:15)

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。
NG：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・清涼飲料水・果汁 100%ジュース・お酒

検査前日

- ① お送りいたします検査食と、大腸 CT 用造影剤を、すべてお召し上がりください。
- ② 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 回の撮影を行います。
 - *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 20 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? □いいえ □はい
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? □いいえ □はい

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

食物アレルギーがありますか? □いいえ □はい→(.....)

便秘症ですか? □いいえ □はい

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? □いいえ □はい

はいの方→胃 小腸 子宮・卵巣 大腸(ポリープ切除含む) 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。□いいえ □はい→(部位:.....)

今までに大きな病気したことがありますか。□いいえ □はい→(.....)

ご家族で大腸癌になられた方がおられますか? □いいえ □はい
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? □いいえ □はい

→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? □いいえ □はい

右記のような病気と言われたことがありますか? □いいえ □はい→緑内障 眼圧が高い
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? □いいえ □はい
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 _____

ラジオロジッククリニック扇町 アクセスマップ



クリニック周辺 拡大図



★『泉の広場』M10出口を出ると、左右に階段が分かれています。右側の階段を上がり地上に出て直進。地上に出てから、徒歩約6分

☆地下鉄堺筋線『扇町駅 2-A出口』を出て、扇町公園の斜め左の道（左に扇町プール・右にグラウンド）を進みます。2-A出口から、徒歩約4分
(2-A出口より手前にあるエレベーターには乗らず、そのまま進んで2-Aの階段を上って下さい)

🚏大阪シティバス『太融寺町』（37・78・83号系統）から、徒歩2分