

CT 検査の説明および同意書（放射線の影響について）

病名 _____

実施予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査の説明

CT 検査は、X 線を利用して体の断面を撮影する検査です。CT 検査は放射線被ばくを伴いますが、病状を評価することは放射線被ばくによる健康への影響より有益と考えます。通常の CT 検査で用いられる範囲では被ばくによる発ガンリスクの上昇は認められていません。

当院では、診断に必要な被ばく量を可能な限り低減に努めています。

個人情報について

検査に関するあなたの個人情報（画像・被ばく線量）は厳重に守られます。医学の発展のために、検査内容などを研究や学会発表などに使用することがありますが、名前や個人を特定される情報が公表されることは一切ありません。

問診

CT 検査は X 線を使った画像検査です。検査を安全に行われるために、以下の質問にお答え下さい。

- ◆心臓ペースメーカーを使用していますか？ いいえ ・ はい
- ◆バリウム検査を最近一週間以内に受けましたか？ いいえ ・ はい （ 月
日）
- ◆（女性のみ）妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

注意事項

- ・衣服に金属がある場合は外して頂きます。検査目的に応じて検査衣に着替えていただく場合もあります。
 - ・腹部 CT を受ける方は検査前3時間は絶食して頂きます。
- ※ 水やお茶の飲水は可能ですが、ジュースや乳飲料は飲まないようにしてください。

説明医 _____科 氏名 _____
同席看護師 _____科 氏名 _____

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
同席関係者 氏名 _____

医師からの説明を理解できましたか。

理解できた ある程度理解できた 理解できなかった 別の医師の説明も聞きたい

理解できないことやさらに尋ねたいことがあればお申し出てください。追加して説明させていただきます。緊急時や医学的な立場から治療等の内容を変更し実施する場合があります。その際は再度説明させていただきます。上記の治療等について理解し同意していただければ署名してください。なお直前に同意を撤回されても診療上の不利益を受けることはありません。

上記の検査・手術・治療等を受けることに納得できましたので同意し署名します。

患者氏名 _____ 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
代理氏名 _____ 患者との続柄() 連絡先 _____
同席者氏名 _____ 患者との続柄() 連絡先 _____