

CT検査を受けていただくに当たって（説明と同意書）

検査予約日 _____ 年 月 日

説明日 _____ 年 月 日

説明医（検査依頼医） _____

CT検査による、医療放射線被ばくがあります。
ただし今回の検査に伴う被ばく線量は小さく、健康への影響は確認できないくらい小さいと考えられています。

検査を受けることによる不利益(リスク)があることを考慮した上で、検査によって得られる情報が診療に与える利益の方が大きいと判断し、今回のCT検査が必要であると考えます。

また当院では、医療被ばくが合理的に達成できる限り低くなるように、必要最小限の被ばく線量になるように、努めています。

妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方はお申し出下さい。

被ばく管理のために、現在の体重をご記入下さい。 体重 _____ kg

分からないことがあれば、担当者にご相談下さい。

以上を理解した上で、今回CT検査を受けることに

(同意します • 同意しません) いずれかを○で囲んでください

署名日時 _____ 年 月 日

説明を受けた方 _____

この用紙は、CT検査当日に必ずお持ちください。