

## 【単純CT 検査説明・同意書】

○今回の検査は

のCT検査です

○下記の検査部位において、検査目的の説明を受けました。

複数部位オーダーにはそれぞれの部位を撮影する理由が必要です。

- |                          |       |   |
|--------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | 頭部    | ] |
| <input type="checkbox"/> | 胸部    | ] |
| <input type="checkbox"/> | 腹部    | ] |
| <input type="checkbox"/> | その他 [ | ] |

\*説明した場合にはチェックをお願いします。

○CT検査に伴う放射線被曝について

CT検査では体内の様子をより詳しく確認することができ、様々な病気や怪我の状態を知ることができます。

検査自体に痛みはありませんが、X線を用いる為に多少の放射線被曝リスクがあります。しかし、それ以上にCT検査を受けて得られるメリットのほうが遥かに大きいです。当院では、研究情報ネットワーク(J-RIME)が提案する診断参考レベル(DRLs 2015)を参考に被曝低減に努めていますので安心して検査を受けて頂けます。

「放射線のことが心配で検査を受けなかったために、病気や怪我の状態がわからず、症状が悪化してしまう」ということは避けなければならないと考えております。

放射線が心配な場合には、医師までお気軽にご相談下さい。

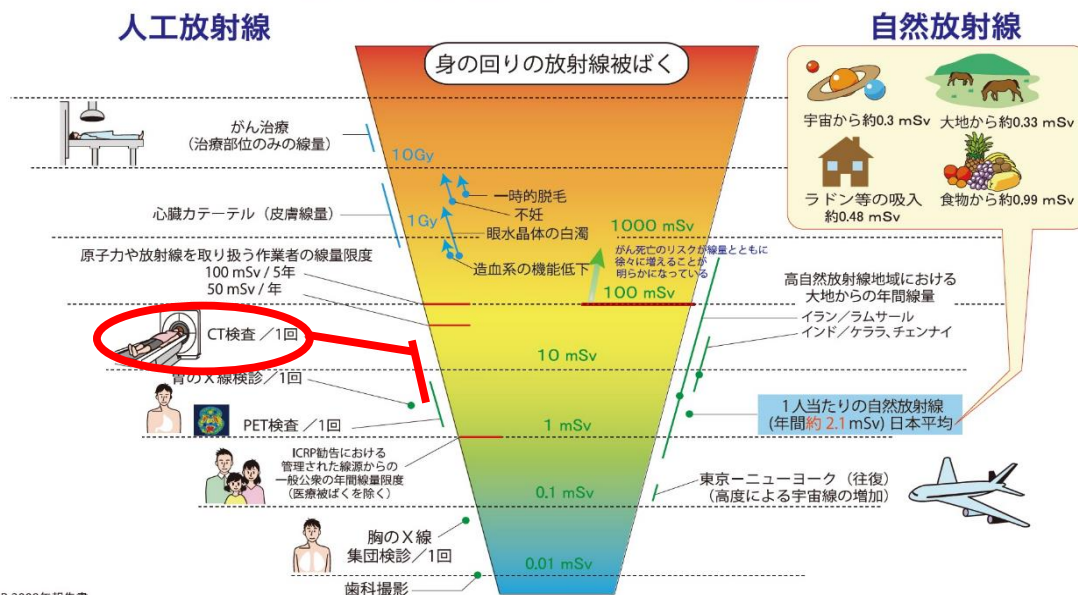
◎放射線が身体に及ぼす影響について

受けた放射線の量が100ミリシーベルト未満であれば、検査を受けた人と受けなかった人とは発癌率や遺伝的影響の差はないと言われています。

◎CT検査で用いる放射線量

通常のCT検査では100ミリシーベルトを超えることはありません。

## 放射線被ばくの早見図



・ UNSCEAR 2008年報告書

担当医師から説明・上記の説明文によりCT検査の必要性・放射線被曝について理解しました。

単純CT検査を受けることに同意します。

西暦                    年                    月                    日

医療機関名

患者氏名

担当医師名