

単純 X線CT検査の説明と同意書 (放射線科用)

今回行う 単純 X線CT検査について 造影剤を血管内に投与して行う検査ではありません。

1. 検査の必要性について

今回実施する 単純 X線CT検査は、X線を使用して、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断、および治療方針を決定するための大切な検査です。

2. 検査によるX線被ばく について

X線を用いた検査ですので、必要最小限のX線被ばくを伴いますが、適切に管理しています。患者さまの体格にもよりますが、頭部の場合：約70 mSv、胸部や腹部の場合：約15 mSvです。X線感受性が高いとされる胎児に、影響を及ぼす可能性があると考えられる100 mSvを越えることはまずありませんので、身体に有害事象が発生する確率は、極めて低く問題にならない程度です。ただし、妊娠している、あるいは妊娠している可能性がある女性は、不要な被ばくを避けるため、必ず担当医師に申し出てください。

※ mSv (ミリシーベルト) : X線CT検査においては、X線による被ばく線量の単位。

3. X線CT装置について

今回使用する X線CT装置は、製造メーカーによる定期的な点検、および診療放射線技師による毎日の始業・終業点検により、X線量を適切に管理し安全性を担保しています。

これらを総合して、今回行う 単純 X線CT検査は、あなたの病気診断、および治療方針を決定する上で、X線被ばくによる危険性を上回る利益があるものと判断します。この説明に同意いただける場合は、下の同意書に署名をお願いいたします。ただし、同意は、いつでも撤回することができます。

同 意 書

私は、単純 X線CT検査の必要性と危険性について十分な説明をうけ理解しましたので、検査を受けることに同意し署名します。

20 年 月 日

社会医療法人 春回会 井上病院長 殿

患者さまの署名 (自署) :

本人が、同意の意思表示が困難な場合は、代筆者の署名に代える。併せて、患者さまの氏名もご記入願います。

代筆者さまの署名 (自署) :

患者さまとの続柄 :

私は、当該患者に、今回行う 単純 X線CT検査の必要性と危険性について説明を行い、検査を受けることに同意を得ました。

20 年 月 日

検査依頼施設名 :

主治医の署名 (自署) :