

単純CT検査についての説明

患者氏名： _____ 様 (カルテ番号： _____)

《CT検査の重要性》

今回のCT検査は病気、外傷の診断や治療方針の決定、治療効果判定のために必要な検査です。被ばくはありますがCT検査による画像情報を得る事が有益と判断したため今回の検査を行います。

《CT検査の被ばくと当院の被ばくに関する取り組み》

CT検査ではX線の被ばくを伴います。当院では公的機関より提示されている指標(診断参考レベル)をもとに線量の最適化を図り管理をしています。また、CT検査の被ばく線量では急性の放射線障害が発生する事はありません。

《同意の撤回について》

手技施行前であれば同意の撤回は可能です。撤回することで不利益を被ることはありません。

《被ばくの記録とプライバシー保護》

法律により、検査による被ばく線量を記録・保存しますが秘密は厳守します。

*学会報告(症例報告)へのご協力をお願い

検査で得られた画像等を学術・研究等で発表させていただくことがあります。症例報告として発表するにあたり、患者さんのプライバシーに関する事項については、個人を特定できないように十分に配慮いたします。

単純CT検査を必要と判断し、上記の項目について説明しました。

この説明文の発行、受領により検査内容をご理解頂いた事といたします。

なお、検査に対する疑問、ご質問はいつでもお尋ねください。

札幌東徳洲会病院 放射線科 TEL:011-722-1110 内線2111

【患者様への事前説明が不可能な場合】

緊急性、救命が優先されされたため、指示医の判断で実施します。後日検査説明します。

※ 検査時は必ずこちらを持参してください。

説明日： _____

説明医師： _____