

CT 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	被保険者証		
	氏 名			男・女		保険者番号		
	生年月日 M・T・S・H・R			年 月 日		才	記号・番号	
						資格取得日		
						世帯主		
						保険者名		
						老人(高齢)受給者番証		
						公費負担番号		
						受給者番号		
医療機関情報	医療機関名					有効期間		
	診療科					負担割合		
	医師名							
TEL()		— FAX()		—				
予約日	第 1 希望	月 日		読影レポート	通常	公費負担医療受給		
		午前・午後 (時)						
	第 2 希望	月 日			当日持ち帰り	公費負担番号		
		午前・午後 (時)				受給者番号		
	第 3 希望	月 日				有効期間		
		午前・午後 (時)						
検査部位	希望される部位に○印をして下さい				単純・造影の種別			
	脳	副鼻腔	側頭骨	顔面	インプラント	単純	造影	クレアチニン mg/dl
	頸部	甲状腺	胸部	上腹部	骨盤部			クレアチニン後日報告
	頸椎	胸椎	腰椎	骨盤骨	造影同意書が必要です			
	脳血管	頸部血管	胸部血管	腹部血管	eGFR<30 は原則造影不可			
	(その他)							

検査目的・指示・診断名・主症状・検査部位などをご記載下さい

CT 検査の説明書（放射線の影響について）

検査に際し ①内容 ②CT 検査の被ばくについて ③同意を撤回する場合 ④被ばくの記録とプライバシー保護 ⑤連絡先 について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら主治医に御相談ください。

① 内容

体を詳しく調べるため、CT 検査が必要です。CT 検査では放射線を用いて、体内の様子を細かく写真に撮ることができ、様々な病気やけがの状態を知ることができます。

CT 検査は、放射線被ばくを伴いますが、放射線被ばくによる健康への影響を考慮しても、CT 検査によって病状を評価することは有益と考えられます。

② 放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み

- ・ 通常の CT 検査では、1回の被ばく線量が 100 ミリシーベルトを超えることはありません。
- ・ 100 ミリシーベルト以上の被ばくでは、被ばく線量の増加とともに、発がんのリスクは上昇します。しかし、100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、明らかな発がんリスクの上昇は認められていません（確率的影響）。
- ・ 100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、脱毛や皮膚障害など人体への明らかな障害を認める事はありません（確定的影響）。

当院の CT 検査での推定被ばく線量について（mSv：ミリシーベルト、被ばくを評価する値）					
成人		小児			
頭部単純	2mSv		1歳未満	1～5 歳	6～10 歳
胸部単純	5mSv	頭部単純	3mSv	2mSv	2mSv
胸部～骨盤単純	13mSv	胸部単純	4mSv	2mSv	2mSv
腹部～骨盤単純	11mSv	腹部単純	4mSv	5mSv	5mSv
肝臓ダイナミック	25mSv	推定される被ばく線量は目安であり、体格や撮影範囲、検査目的によって異なります			
冠動脈	18mSv				

- ・ 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 DRLs）等を参考にして、可能な限り少ない放射線量で CT 検査をするように検討を行っています。
- ・ お子様の場合は、体格を考慮して大人よりも少ない放射線量で検査をしています。

③ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は主治医・担当医にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

④ 被ばくの記録とプライバシー保護

法令により、検査による被ばく線量の記録・保存をしますが、秘密は守られます。また、記録を検査の検討や医学研究、学会発表等に使用する場合がありますが、名前や個人を識別する情報が使用されることはありません。

⑤ 連絡先

本検査についてご不明な点がある場合には、説明した医師にご連絡ください。また、検査後に緊急の事態が生じた場合には、診療科に連絡してください。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。
ご不明な点がございましたら主治医までご相談下さい。

CT 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- ☐ 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
☐ 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない ☐ 口頭もしくは電話で同意を得た
☐ 家族と連絡がとれない ☐ その他()
- 令和 年 月 日 担当医師 _____ (自署)
確 認 者 _____ (自署)

私は、CT 検査について主治医から CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所: 外来、 病棟]

(担当医師) (自署)

(自署)

私は、CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

CT 検査を受けることについて

- ☐ 同意します。
☐ 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所: _____]

松江赤十字病院 院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 _____

(ご家族) 氏名 _____ 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)

CT 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- ☐ 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
☐ 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない ☐ 口頭もしくは電話で同意を得た
☐ 家族と連絡がとれない ☐ その他()
- 令和 年 月 日 担当医師 (自署)
確 認 者 (自署)

私は、CT 検査について主治医から CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所： 外来、 病棟]

(担当医師) (自署)

(自署)

私は、CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

CT 検査を受けることについて

- ☐ 同意します。
☐ 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所：]

松江赤十字病院 院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名

(ご家族) 氏名 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実には患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)