

# 単純CT検査の説明と同意書

今回行う単純X線CT検査について

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、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断および治療方法を決定するための大切な検査です。
2) 検査による被ばくについて X線を用いた検査であり必要最低限のX線被ばくを伴いますが、適切に管理されています。
3) X線CT装置について X線CT装置は、検査実施医療機関において製造メーカーによる定期的な点検を受け、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有益性があるものと判断します。
4) 注意事項 ① <b>妊娠中、あるいは妊娠している可能性がある女性は検査を受けることができません。</b> ② <b>植込み型心臓ペースメーカー、植込み型除細動器を使用している方は検査できません。</b> 必ず主治医にお申し出ください。

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。

<b>同意書</b>	
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受け、 理解しましたので、検査を受けることに同意いたします。	
女性の方：妊娠中または妊娠の可能性はありません	<input type="checkbox"/>
植込み型心臓ペースメーカー、植込み型除細動器を使用していません	<input type="checkbox"/>
(ご確認いただけましたら、チェック「☑」をお願いします。)	
うえはら内科クリニック 上原 彰允 院長殿	
患者様の署名 (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。 併せて患者様の署名欄にも、患者氏名を代筆願います。	
代筆者様の署名 (自署)	
_____ 患者様との続柄 ( )	

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。

医療機関名

主治医署名

\_\_\_\_\_