

## CT 検査の被ばくについて（説明と同意書）

検査予定日          年          月          日

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様

説明医（検査依頼医） \_\_\_\_\_

今回、受けていただく **CT 検査**には **X 線**による医療被ばくがあります。

しかし、今回の検査に伴う被ばく線量は少なく、健康への影響は確認できないくらいの程度と考えられます。

検査を受けることによる不利益より、検査によって得られる医療情報の利益の方が大きいと判断し、今回の **CT 検査**を実施します。

当院では被ばく低減技術を活用しながら、**CT 装置**の出力設定を全国の標準被ばく線量と同等以下になるように最適化しています。

女性患者様で、妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方はお申し出下さい。

わからないことがありましたら、地域医療連携室までご相談下さい。

以上を理解した上で、今回 **CT 検査**を受けることに同意します。

署名日          年          月          日

ご署名 \_\_\_\_\_

\*本人が記入できない場合は続柄（                      ）