

CT用

柏戸病院 ご担当医 様

CT検査ご依頼に伴う診療情報提供書

依頼者 _____ (病院・医院・診療所) _____ 先生

TEL _____ () FAX _____ ()

フリガナ
患者名 _____ 様 (男・女)

生年月日 (T・S・H・R) 年 月 日生 歳

検査部位 (○を付けて下さい)

【頭部】 【胸部】 【腹部】 【その他】

- | | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| ・ 脳 | ・ 肺野、縦隔 | ・ 上腹部 | ・ () |
| ・ 脳+骨 | ・ () | ・ 全腹部 | |
| ・ () | | ・ () | |

主訴・検査目的

緊急読影 (要 ・ 不要)

紹介患者様用

CT検査予約票及び説明・同意書（柏戸病院用）

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分

* 予約時間の15分前に来院して下さい

* 腹部検査の注意事項

- * (□朝食・□昼食) を食べずに来院して下さい。
- * □可能であれば検査の1時間前より排尿を我慢して下さい。
- * お水であれば2時間前までは飲んでいただいて結構です。

検査の説明（放射線の影響について）

- ◇CT検査ではX線による医療被ばくが生じます。
 - * 胸部又は腹部の検査で約10ミリシーベルト程度です。
- ◇1度のCT検査で発ガンリスクの上昇は認められていません。
- ◇1度に100ミリシーベルト以上を全身に受けた場合はリスクが上昇すると言われています。
- ◇病状を評価する検査は、被ばくによる影響よりも有益と考えられます。
- ◇当院では診断に必要な被ばく量の低減に努めています。

CT検査同意書

上記の説明を理解した上でCT検査を受ける事に

同意します 同意しません

- * 同意書を頂いた後でも同意の撤回は可能です。
- * それによる不利益は生じません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者本人) 氏名 _____

(代理人署名) 氏名 _____

(続柄) _____

予約の変更などございましたらご連絡をお願い致します。

柏戸病院 放射線科 043-227-8366(代) 内線114