

単純 CT 検査についての説明・同意書

患者名 _____ 様

【検査の有用性と目的】

CT(Computed tomography: コンピュータ断層撮影)検査はあなたの病気の原因を調べ、治療方針の決定のために行う重要な検査です。

【造影剤を使用しない単純 CT 検査の説明】

CT 検査は X 線を使って、体の中のいろいろな病気を調べます。X 線による被ばくはありますが、実際に使用する X 線の量は人体に障害が出る量よりもはるかに少なくなるよう、適切に管理されています。当院での CT 検査では 1 回の検査で人体に障害がでることはなく、複数回の CT 検査を行っても、影響が蓄積して、人体に障害が発生することはありません。一方、わずかながら癌の発生や遺伝的影響（遺伝病、形態や機能異常）が生じる可能性があります。しかし、これらの影響は、私たちが食習慣、日常生活（喫煙、飲酒、肥満）、環境要因（宇宙線、紫外線）、感染症などから受ける影響と比較しても非常に小さいとされています。むしろ、検査を受けないことにより診断が遅れ、治療方針が決定できず、治療が遅れることがないようにしなければなりません。

また、ごくまれに CT 検査の X 線により **植え込み型除細動器**や **ペースメーカー** に影響が出る場合がありますので、これらを植え込んでいる方は検査前に申し出てください。

年 月 日 _____ 科 医師 _____ 同席者 _____

聖フランシスコ病院長殿

同意します

私は、上記内容の説明を受け、単純 CT 検査を受けることに同意しました。

同意しません

年 月 日 患者氏名： _____ 同席者 _____

尚、本人が同意の意志表示が困難な場合、同意者の署名に代える。

同意者氏名： _____ 続柄 [_____]