

単純 CT 検査の説明書(放射線の影響について)

CT 検査に際し①検査内容 ②放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み 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問い合わせ先 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依頼医師に御相談ください。

① 検査内容

身体を詳しく調べるため CT 検査を行います。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、病状を評価することは、放射線被ばくによる健康への影響より有益と考えます。

② 放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み

- 100 ミリシーベルト(mSv)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、100mSv 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)。
- 100mSv 未満の被ばくでは、脱毛や皮膚障害など明らかな障害を認める事はありません(確定的影響)。
- 診断を目的とした通常の CT 検査では、1 回の被ばく線量が 100mSv を超えることはありません。
- 当院では、診断に必要な画像を可能な限り少ない放射線量で検査をするよう努めています。これらは、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。

〈当院 CT 検査での推定被ばく放射線量について (mSv：ミリシーベルト、被ばくを評価する値)〉

検査	実効線量(mSv)	CTDIvol(mGy) [ガイドライン値]
頭部単純	2. 48	59. 7 [77]
胸部単純	5. 81	12. 2 [13]
腹部～骨盤単純	9. 56	12. 4 [18]
肝臓ダイナミック	18. 18	12. 0 [17]
冠動脈	4. 10	17. 5 [66]
肺ドック CT	0. 58	1. 1 [－]

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は可能です。その場合は依頼医師にご連絡ください。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

法律により、検査による被ばく線量を記録・保存をしますが、秘密は厳守されます。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、個人を特定する情報が使用されることはありません。

⑤ 問い合わせ先

本検査についてご不明な点がある場合には、地域医療連携課 (TEL：088-871-3607) にお問い合わせください。

ID 番号：

患者氏名：

様

本紙：患者ファイル
コピー：患者様へ

単純 CT 検査 同意書

【説明日時】

西暦 年 月 日 時 分 [説明場所：]

(説明医師名)

私は、医師から「単純 CT 検査の説明書(放射線の影響について)」の交付を受け、十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ました。説明を受け十分に理解できましたので、次のとおりとします。

高知赤十字病院 病院長 様

私は、CT 検査を受けることについて

☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

西暦 年 月 日

(患者本人) 氏名

(代理人署名) 氏名 続柄 ()

* 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（代理人）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。）

* 有効期間は同意確認日から 1 年間とします。場合により同意書記入日と同意確認日が異なる事があります。

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 ()

西暦 年 月 日

担当医師

確認者 (自署)