

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。**・検査当日、必ず CT 検査問診票・同意書をご持参ください。**

・ご都合が悪くなった場合は、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

検査を行うには以下の説明をお読み頂き、よくご理解いただいた上で検査同意書にサインをして頂く必要があります。

1. CT 検査を受けられない可能性のある方

次のような方は CT 検査を受けられないことがあります。担当医にあらかじめお知らせ下さい。

・妊娠中、または妊娠している可能性のある方。

・心臓ペースメーカー、自動体内除細動装置などの医療機器が体内にある方。

※ペースメーカー装着の患者様は必ずペースメーカー手帳を持参の上、検査時に提出してください。

2. 検査について

・CT 検査はドーナツ状の筒の中に入り、エックス線を用いて身体の断面の写真を撮る検査です。

検査時間は撮影目的によりますが 5～15 分程度になります。

ベッドが動きますので急に動かれることのないようお願いいたします。

・撮影の障害になりますので必要に応じてアクセサリ、湿布、入れ歯等はずして頂く場合があります。

3. お食事について

検査前に絶食する必要はありませんが、直前の食事はお控えください。

腹部検査の一部については絶食が必要な場合がありますので担当医の指示に従ってください。

4. 被ばくについて

当院 CT 検査は線量を適正に管理し、目的に応じて最適化を行っています。

5. 小児をお連れになられる場合

1 人でお待ちになれない小児をお連れになつての来院はご遠慮ください。

◆ 下記の質問にお答えください。

体重をご記入ください。..... kg

* 検査の適正化のために必要です。

1 心臓ペースメーカーを使用していますか? いいえ ・ はい

ペースメーカー手帳を持参されない方は検査できません。

2 妊娠の可能性がありますか?(女性の方のみ)..... いいえ ・ はい ・ わかりません

* 妊娠の可能性がある場合原則検査できません。

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回の 単純 CT 検査に同意します。

足立乳腺クリニック 院長 殿

年 月 日

説明医師署名: _____

患者氏名: _____

代理人の場合: _____

上記を確認しました。

確認者 _____

