

地域連携室：FAX 04-7137-6277

辻仲病院柏の葉 高度医療機器共同利用申込書

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 病院名 | | | |
| 医師名 | | | |
| TEL | () | FAX | () |

| | | |
|---------------|----------|-------------|
| 患者様氏名(ふりがな) | 性別 | 生年月日 |
| | 男・女 | T・S・H 年 月 日 |
| 患者様ご住所 | | |
| 患者様 電話番号・携帯番号 | | |
| 電話番号 () | 携帯番号 () | |

●該当する検査、紹介に○をつけてください。

放射線検査：CT ※被ばくに関する説明と同意(有・無)

MRI MMG X-P

部位 ()

撮影方法 単純 ・ 造影 ※造影を行う場合下記の欄の記載も併せてお願いします。

●当院ルーチン以外で撮り方にご依頼がある場合、ご記載下さい。

※ ご依頼内容、コメント(症状などご記入ください。)

●読影 有 ・ 無

●MRI 検査の場合のみお答え下さい。

1. 閉所恐怖症 無・有 2. ペースメーカー 無・有 3. 体内金属 無・有

※造影剤使用の場合には記載ください

●腎機能異常 有 ・ 無

●検査結果 添付有り・添付無し (UN: CRE: 推算GFR:)
結果の記載、添付がない場合には血液検査を行う場合があります。

●腎機能について注意事項など何かあれば記載ください。

※ご予約の際にはお手数ではございますが地域連携室宛てにご連絡ください。
予約受付時間: 8時45分～17時 月曜日～土曜日※祝日を除く
当院ルーチン以外の撮影に関してましては、患者さんのご希望日程に添えない場合がありますのでご了承ください。
※CD-ROMは患者さんにお渡し致します。

| |
|-----------------|
| 辻仲病院柏の葉 記入欄 |
| 検査日 (月 日 時 分) |

辻仲病院 柏の葉 地域連携室
電話: 04-7137-3003(直通)

CT 検査を受けられる方へ

令和 2 年 4 月 1 日より改正医療法が施行され、診療用放射線の安全管理のため患者さんに、検査の必要性等の説明義務が課されることになりました。

CT 検査は、患者さんが正しい診断を受けるため、治療に役立てていただくために行う検査です。

～ CT 検査でわかること ～

- 病気の有無を調べて適切な治療方法を決定する
- 治療効果を確認する（治療中の方）
- 新しい病気の有無を調べる（手術後の方）
- 病気の大きさの変化を調べる



当院では医療被ばく低減技術を搭載した CT 装置を導入し、診断しやすい画質を得ると同時に可能な限り放射線量を低く抑えるよう最適化に努めております。

CT 検査で受ける放射線量は、体に影響が出ると言われている量（100 ミリシーベルト以上）より非常に少ない量（3～30 ミリシーベルト）※1 を使用していますので安心して検査をお受け下さい。

放射線を受けることによる健康影響は以下に大別されます。

- 確定的影響（脱毛、不妊など）
- 確率的影響（発がんなど）

確定的影響とは、多量な一定値以上の放射線を受けた後に生じる影響です。

通常の CT 検査では、健康影響が出てくることはありません。

確率的影響は受けた放射線の量に応じて生じる影響です。

100 ミリシーベルト未満では CT 検査を受けていない人と比べ発がん率に差はありません。 ※2

CT 検査についてご不明点等ございましたら放射線科までお願いします。

辻仲病院 柏の葉 放射線科 04-7137-3737（13:00～17:00）

2020 年 3 月 31 日作成 辻仲病院 柏の葉 放射線科

※1 標準体重 50～60kg における当院の平均値（20 例）撮影部位や範囲により数値に差が生じます

※2 環境省「放射線による健康影響等に関する統一した基礎資料（平成 26 年度版）第 1 章 放射線の基礎知識と健康影響」より抜粋

放射線検査（CT検査）予約に関する一部変更について

拝啓 初夏の候、貴院におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。
日頃より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

今回、医療法施行規則の一部改正により令和2年4月より診療用放射線に係る安全管理体制に関する規定が施行され、放射線検査については医療放射線被ばくの説明と同意が義務づけられました。つきましては、下記の内容についてご確認頂きご予約頂きますよう、お願い申し上げます。ご多忙中恐縮ではございますが、ご理解・ご協力の程お願い申し上げます。

敬具

1 紹介患者様への放射線検査の実施前説明

患者様に対し、放射線検査の必要性・正当化等の説明を紹介元医療機関の先生方にて行って頂き患者様の同意を得て検査申し込みをお願いします。

当院では別紙添付しました『CT検査を受けられる方へ』をお渡ししています。

必要に応じてご活用頂ければ幸いです。

2 診療録に説明と同意に関する事項の記載

1について、説明を行い同意が得られた旨を診療録に記載して頂くよう、お願いします。

3 診療情報提供書に説明と同意に関する事項の記入

高度医療機器共同利用申込書に、医療被ばくに関する説明と同意の有無欄を新たに設けました。

記入漏れの無いよう、ご確認下さい。

なお、この件についてご不明な点など有りましたら、下記までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先：辻仲病院柏の葉 放射線科 04-7137-3737（内線 3156）