

# 放射線被ばくに関する説明書・同意書

ID		検査名	単純 CT
患者氏名	様	検査日	年 月 日
生年月日		午前・午後	時 分

放射線を利用した診療は、検査で得られた画像を用いて病気を評価できるなどの利益があります。一方で、放射線被ばくによって健康影響をもたらす場合もあります。

当院では医師をはじめ放射線診療に関わる医療従事者が、有効で安全な診療を行うため、放射線診療を受ける方の放射線防護を十分に考慮して診療用放射線の安全利用に努めています。

放射線被ばくを伴う診療を行う際にはその診療による利益が放射線被ばくによる不利益よりも大きいことを考慮し放射線診療の必要性を確認した上で、診療の質を保ちながら可能な限り医療被ばく低減に取り組んでいます。

以上の説明をしました。

年 月 日

説明者   
院内同席者

以上の説明に対して

- 同意します。  
 同意しません。

年 月 日

患者様本人

ご署名

親権者または代理人

ご署名

続柄