

診療情報提供書 (検査依頼用)

湘南病院

年 月 日

宛

湘南病院受診歴 有 ID <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>		紹介元医療機関名	
フリガナ		所在地	〒
患者氏名		TEL	
	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	FAX	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	検査実施前説明 及び依頼医師氏名	

㊞

CT検査実施前説明

① 被ばくについて

CTは放射線を用いるので被ばくは避けられません。CTにおける線量(放射線の量)は、撮影部位や手技によって異なりますが、1回あたり5 - 30 mSv程度と言われております。この検査による被ばくで身体的症状が現れることはまずなく、またCTのような少量の放射線とがんリスクとの関係は科学的に明らかになっていません。CTによるがんリスクは他の原因(喫煙や食事など)に比べ極めて小さいと考えられています。

② 正当化と最適化について

医師は放射線検査で得られる便益が被ばくのリスクを上回らなければ検査をしません。また、放射線技師は可能な限り線量を減らし、診断に必要な画像を提供しています。これにより、医療被ばくは低く保たれています。

MRI検査前確認 *検査ご依頼の際は必ず ○をお願いします	有・無	ペースメーカーの埋め込み	有・無	重篤な全身状態:
	有・無	脳動脈クリップ	有・無	重篤な発作が起こる可能性:
	有・無	人工弁:	有・無	閉所恐怖症等の精神的問題:
	有・無	人工内耳:	有・無	喘息・アレルギー:
	有・無	その他、外傷、又は手術による体内金属	部位:	材質:

臨床情報 (現病歴、所見、撮影方法等の記載をお願いします。)

読影依頼

- 必要
 不要

線量

① HEAD (mGy)
CTDI_{vol} (mGy·cm)
DLP

② BODY (mGy)
CTDI_{vol} (mGy·cm)
DLP

(希望するモダリティ ○をお願いします)	X線単純	MRI	MRA	CT	超音波	心臓超音波	覚醒脳波	骨密度	その他()
検査部位の選択 (希望する部位に ○をお願いします)	頭部 脳 副鼻腔 眼窩 下垂体 聴器 その他	頸部 喉頭 咽頭 唾液腺 甲状腺 その他	胸部 縦隔 肺胸膜 乳腺 その他	血管 動脈 頸動脈 下肢動脈 静脈 下肢静脈 その他	腹部 肝臓 胆嚢・胆道 膵臓 腎臓 その他		子宮・卵巣 前立腺 膀胱 消化管 MRCP MRU	脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 その他	四肢・その他 上肢() 下肢() 関節() 表在() その他
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
撮影条件						検査日	年 月 日		
Kv	mAs		FFD			技師			
			□100cm □200cm						