

放射線を用いた骨密度検査の説明および同意書

(放射線の影響について)

実施日 _____ 年 月 日
(実施者記入)

検査説明

骨密度測定は、X線を利用して骨の密度を測定する検査です。この検査は放射線被ばくを伴います。このX線量は約1分の測定で約0.004mSvであり、これは自然放射線の約500分の1、胸部単純写真(0.05mSv)の約10分の1の被ばく線量と考えられ極微量であるため、不利益を被る可能性は極めて低いです。通常のこの検査で用いられる範囲では被ばくによる発ガンのリスクの上昇は認められていません。

個人情報について

検査を実施するにあたり、性別および生年月日をお聞きします。これらとあなたの個人情報(画像・検査結果)は厳重に守られます。名前や個人を特定される情報が公表されることは一切ありません。

問診

骨密度測定はX線を使った画像検査です。検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

- ◆ 18歳未満ですか？ いいえ・はい
→18歳未満の場合は保護者の同意が必要です。
- ◆ (女性のみ) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい

注意事項

- ・腕に金属がある場合は外して頂きます。

理解できないこと、不明なことや不安なこと、さらに尋ねたいことがあればお申し出てください。追加説明させていただきます。本検査で健康被害が生じる可能性はほとんどありませんが、検査中に体調が悪くなるようなことがあれば速やかに中止します。この場合、医療機関の受診をお勧めすることがあります。なお当方に明らかな過失がない場合、健康被害に関する責任は一切負いません。骨密度測定の結果が芳しくない場合には、医療機関の受診をお勧めすることがあります。

同意確認者 _____

上記の検査を受けることに納得できましたので同意し署名します。

署名日 年 月 日

氏名 _____ 連絡先 _____

(18歳未満の場合)

保護者氏名 _____ 連絡先 _____