

# 骨密度検査依頼書

フリガナ		生年月日	年齢	身長	体重
氏名		年 月 日	歳	cm	kg
検査希望日	第1希望日	年 月 日	第2希望日	年 月 日	
検査内容			臨床診断・検査目的		
<input type="checkbox"/>	腰椎 正面・側面	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 参照			
<input type="checkbox"/>	右 大腿骨				
<input type="checkbox"/>	左 大腿骨				

\*1 医療被ばくについて説明してください(詳細は別紙参照)

\*2 問診表にチェックしてください

## 骨密度検査 問診表

検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

- 腰椎・股関節に金属プレート等がある  
 いいえ  はい
- (1ではいと答えた方)どこにありますか？  
 腰椎  股関節(右・左)
- 1週間以内にバリウム検査を受けている  
 いいえ  はい
- 仰向けで検査を受けられる(20分程度)  
 いいえ  はい
- 妊娠している、または可能性がある  
 いいえ  はい

## 骨密度検査 同意書

私は、いわき市医療センターにて骨密度検査を受けるにあたり、紹介元医師から以下の内容

検査の必要性について

医療被ばくについて

十分な説明を受け、診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施に同意します。  
尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日 患者氏名

紹介元医師 署名

(注)本人が未成年または署名できない場合には下記にご記入ください。

保護者 または 保証人氏名

保護者 または 保証人住所

(続柄: )

## 医療被ばくに関する説明

### ○ 検査の必要性について

- ・ 病気やけがを、迅速に、正確に、見つけます。
- ・ 診断、治療方針の決定など に対して重要な情報が得られます。
- ・ 放射線により被ばくしますが、検査によって得られる利益のほうが十分に大きいと判断される場合に実施します。

### ○ 放射線と発がんについて

一般的には100ミリシーベルト以下の放射線被ばくによる影響はほとんどないと考えられています。放射線は無害ではありませんが、日常生活の様々な影響（大気汚染、喫煙、大量飲酒、運動不足など）の方が大きくなるため、検査での放射線による発がん率の増加は確認されていません。

- いわき市医療センターでは放射線被ばくを必要最低限に抑えて検査を行うよう努めています。

