치과전산화단층(Dental CT)검사/ 촬영 동의서

등록번호 : 환자이름 :

처방과 : 검사장소 : 치과병원 1층 방사선과(☎ 250-2108)

＊아래 사항을 꼭 읽어 보시고 반드시 준수해 주시기 바랍니다.

□ 주의사항 및 검사동의서

▣ 검사(시술)목적

- CT검사는 X선과 컴퓨터를 이용하여 인체의 단면을 정확히 볼 수 있는 검사입니다.

▣ 검사(시술)전 준비사항

- 평소 혈압약, 심장약을 복용하시는 분은 약을 드십시오.

▣ 주의사항

- 검사 당일 예약시간 10분전까지 원무과(수납)에서 검사비를 수납하여 주시고 치과 1층 방사선과에 수납 영수증을 제출하여 주시기 바랍니다.(단, 입원환자는 제외)
- 임신 중이거나 임신가능성이 있으신 분은 검사 전에 담당자에게 미리 말씀해 주십시오.
- 검사의 취소 및 변경은 예약전일 까지 해당 진료과 또는 방사선과로 문의해 주시기 바랍니다.

▣ 검사 방법과 안내사항

- 검사에 소요되는 시간은 20분~30분정도입니다.(응급환자 촬영 시 우선될 수 있습니다.)

▣ 검사 결과 상담

- 검사 결과는 본인의 다음 외래 진료시 담당 주치의가 알려드립니다.(단, 입원환자는 제외)

▣ 귀하의 영상 결과를 향후 의학발전을 위한 순수한 목적으로 이용될 수 있도록 동의합니다.

▣ 검사 동의 : 본 검사의 내용 및 주의사항에 대하여 이해하였으며, 검사에 동의합니다.

날짜 : 200 년 월 일

환자 서명 : (인)

보호자 서명 : (인) (환자와의 관계 :)

나(담당의사)는 치과의사의 윤리에 어긋나거나 학문적으로 인증되지 아니한 검사 및 치료는 행하지 않을 것을 약속하며 치과전산화단층검사에 대한 설명을 끝냅니다.

날짜 : 200 년 월 일

담당의사 서명 : (인)

전북대학교병원