

「死亡時に実施する画像検査」の説明書

本文書は、死亡時画像診断についての説明書です。この文書の内容をご理解いただき、承諾いただける場合には、「同意書」にご署名をお願いいたします。同意いただけなくともそのことにより不利益になることは一切ございません。

なお、説明や以下の文書の中でわかりづらい点、もっと説明して欲しいと思う点がございましたら、遠慮なくご質問下さい。

(1) 目的

医学・医療は日進月歩で新しい治療法が開発され、完治できる患者様が多くなってきています。しかし、不幸な転帰に至ることがあるのも事実でその原因が不明な場合もあります。

また、重篤な状態での来院において不幸な転帰に至った場合にその原因が不明な場合もあります。

最近では CT や MRI という画像診断法が著しく進歩し、身体の外から病気の部分を見つけることも出来る様になっています。これにより全てではありませんがどのような原因で不幸な転帰に至ったかなどの診断が可能になってきました。

原因検索のため、また、今後の医学の進歩と、今後役に立つ治療法開発のため、死後の画像撮影を行っております。

(2) 方法

画像撮影に同意頂きました場合、CT の画像撮影を実施いたします。これらの検査に使用する機械は、皆様が日常検査を受けられる機械と同じです。また、検査の方法も通常の検査を行う場合と同様です。ご遺体に何らかの操作を加えることはありません。

(3) 予想される効果

死亡時の画像所見を得ることが出来、死亡時の状態の正確な把握が可能となります。また予期しえない合併症や死因を明確にできる可能性もあります。これらのことは、新たな患者様の治療に役立つと考えられます。

(4) 予想される危険性

ありません。

(5) 同意しない場合でも不利益はありません

検査への同意は自由です。たとえ同意されない場合でも、今後の関連する事柄において、不利益を受ける事はございません。

(6)同意後の同意撤回

同意された後でも、検査前であればいつでも同意を撤回できます。

(7)プライバシーの保護

得られた医療情報については秘密が守られます。すなわち、個人や名前を識別する情報が外部に漏洩することはありませんが匿名化された画像情報に関しましては今後の学会・文献発表に使用されることもあります。

(8)費用

Ai(死亡時画像診断)を希望される場合、以下の料金がかかります。
CT 撮像料金、読影料金あわせて Ai 検査料金として、55,000 円(税別)

死亡時に実施する画像検査に関する同意書

1. 亡くなられた方の お名前：様
ご住所：
2. 死亡年月日 平成 年 月 日

新東京病院院長 殿

死亡時に実施する画像検査に関して上記の説明を受け、死亡時画像診断を実施することに同意します。

平成 年 月 日
氏 名：
死亡者との関係：
住 所：

説明者
医療機関名または施設名
住 所：
電話番号：

医 師：(署名)。(自筆でご記入下さい。)