



แบบยินยอมรับการถ่ายภาพทางรังสีในสตรีมีครรภ์และ
คัดกรองสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนรับการถ่ายภาพรังสี
งานรังสีวิทยา โรงพยาบาลวัดโบสถ์

วันที่ตรวจ..... เวลา.....น.

ชื่อ..... HN..... อายุ.....ปี

- () ไม่ตั้งครรภ์/คุมกำเนิด
() ตั้งครรภ์..... เดือน
() ให้คำแนะนำการตั้งครรภ์ ยินยอมให้เอกซเรย์

ความเห็นแพทย์

.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์/ผู้ซักประวัติ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ญาติสายตรง

(ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่เอกซเรย์)

๑. ส่วนที่ตรวจ

ปริมาณรังสีที่ใช้ kV.....mAs.....

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี เสื้อตะกั่ว Thyroid shield Gonad Shield

๒. ส่วนที่ตรวจ

ปริมาณรังสีที่ใช้ kV.....mAs.....

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี เสื้อตะกั่ว Thyroid shield Gonad Shield

๓. ส่วนที่ตรวจ.....

ปริมาณรังสีที่ใช้ kV.....mAs.....

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี เสื้อตะกั่ว Thyroid shield Gonad Shield

๔. ส่วนที่ตรวจ.....

ปริมาณรังสีที่ใช้ kV.....mAs.....

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี เสื้อตะกั่ว Thyroid shield Gonad Shield

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา