

② 核医学検査 同意書

この用紙は、あなたが受ける核医学検査の同意書です。担当医師から検査の説明を受け下記核医学検査の副作用と放射線被ばくに関する留意事項もご確認ください。

1 核医学検査とは

核医学検査は、体の特定の部位に集まる放射性同位元素 (RI) を静脈注射し、各臓器や組織に集まる状態を撮像して、機能や形態を調べる検査です。

2 核医学検査の副作用と放射線被ばくについて

核医学検査に使用される薬剤による副作用はほとんどありません。

放射線被ばくも少なく、通常の投与方法では臓器に障害を及ぼすことはありません。また、日常生活にも支障はありません。

※脳血流シンチグラフィ検査(負荷)を受けられる方は検査方法と副作用について別紙にて詳しい説明を受けてください。

※ドパミントランスポーターシンチグラフィ検査に使用する薬剤は少量のアルコールを含んでいますのでアルコールに弱い方はあらかじめお申し出ください。

3 検査時・検査後の注意点

検査の種類によって検査前の注意点や、検査の方法、検査にかかる時間が異なります。検査で使用した薬剤は尿により排出されます。検査後は水分を十分に摂るようにしてください。

検査後に気分が悪くなった場合は、遠慮なく診療放射線技師や看護師に声をかけてください。

4 ご案内の注意点

検査予約時間を遅れて来院された場合、検査開始時刻が大幅に遅れる場合や検査日変更をお願いしていただく可能性がありますので、予めご了承ください。

5 検査延期またはキャンセルについて

検査薬の発注都合上、検査予定日の2日前までに必ずご連絡ください。

もし連絡が無くキャンセル等をした場合は検査薬の代金を請求させて頂くこともありますのでご注意ください。

以上の説明をお聞きいただいた上で検査を受けてくださいますようお願い致します。

私は担当医師から核医学検査の内容とその必要性について十分な説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意いたします。

説明日 年 月 日

患者 氏名 _____

説明医師 氏名 _____

〒400-0805 山梨県甲府市酒折1-16-18

医療法人社団 篠原会 甲府脳神経外科病院

TEL:055-235-0995