

核医学検査 (RI検査) の説明・同意書

患者番号

患者氏名

生年月日

年

月

日

性別

 男性 女性

医療法人 東札幌病院

住所 札幌市白石区東札幌3条3丁目7-35

電話 011-812-2311

検査予定日

年

月

日

検査部位

【目的】核医学検査 (RI検査) とは

特定の臓器や組織に集まりやすい性質を持った放射性医薬品 (放射線を出す薬剤) を投与し、そこから放出され放射線 (ガンマ線) をカメラで画像化し体内の様子を調べる検査です。

カメラで撮像された画像は臓器や組織の形態だけではなく、放射性医薬品の分布や集積量、経時変化より機能、代謝状態の情報を得ることができ病気の診断を行うことができます。

【副作用】

○想定される被曝について、有害事象が発生する確率はとても低く問題にならない程度です。

(X線撮影や胃バリウム撮影程度)。

○薬剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者さんへの投与は禁忌です。

○薬剤の注射後に起きる重大な副作用として、ショック・アナフィラキシー等の症状が現れる事があります。

○発生確率は最近の調査で10万件あたり1.8人です。

【注意事項】

- ・ 妊娠中または妊娠の可能性がある方には検査を行いません。
- ・ 授乳中の方については、検査内容によって授乳中止期間がありますので、申し出てください。
- ・ キャンセルについて

核医学検査 (RI検査) に使用される放射性医薬品は、使用期限が極めて短く、高額な薬剤です。つきましては検査当日、患者さん自身の都合によりキャンセルまたは延期され、薬剤が使用できなかった場合、該当薬剤の費用相当をご負担いただくことになります。

○患者さん自身の不注意で前処置が守られず、検査が中止となる場合

○検査予定日時に来院されなかった場合

○期限までにご連絡なく、キャンセルまたは延期される場合

(検査キャンセルまたは延期連絡期限は検査日の前日午前中まで)

○検査開始直前、開始後に検査拒否された場合

説明日

年

月

日

説明医師

私はR I 検査の説明と副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、R I 検査を受けることに同意いたします。

同意をした日

年

月

日

患者様の署名

代諾者の署名

続柄

核医学検査 (RI検査) の説明・同意書

患者番号

患者氏名

0

生年月日

0 年 0 月 0 日

性別

男性 女性

医療法人 東札幌病院
住所 札幌市白石区東札幌3条3丁目7-35
電話 011-812-2311

検査予定日

年 月 日

検査部位

0

【目的】核医学検査 (RI検査) とは

特定の臓器や組織に集まりやすい性質を持った放射性医薬品 (放射線を出す薬剤) を投与し、そこから放出される放射線 (ガンマ線) をカメラで画像化し体内の様子を調べる検査です。

カメラで撮像された画像は臓器や組織の形態だけではなく、放射性医薬品の分布や集積量、経時的変化より機能、代謝状態の情報を得ることができ病気の診断を行うことができます。

【副作用】

- 想定される被曝について、有害事象が発生する確率はとても低く問題にならない程度です。(X線撮影や胃バリウム撮影程度)。
- 薬剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者さんへの投与は禁忌です。
- 薬剤の注射後に起きる重大な副作用として、ショック・アナフィラシー等の症状が現れる事があります。
- 発生確率は最近の調査で10万件あたり 1.8人です。

【注意事項】

- ・ 妊娠中または妊娠の可能性がある方には検査を行いません。
- ・ 授乳中の方については、検査内容によって授乳中止期間がありますので、申し出てください。
- ・ キャンセルについて

核医学検査 (RI検査) に使用される放射性医薬品は、使用期限が極めて短く、高額な薬剤です。つきましては検査当日、患者さん自身の都合によりキャンセルまたは延期され、薬剤が使用できなかった場合、該当薬剤の費用相当をご負担いただくことになります。

- 患者さん自身の不注意で前処置が守られず、検査が中止となる場合
- 検査予定日時に来院されなかった場合
- 期限までにご連絡なく、キャンセルまたは延期される場合
(検査キャンセルまたは延期連絡期限は検査日の前日午前中まで)
- 検査開始直前、開始後に検査拒否された場合

説明日

年 月 日

説明医師

私はR I 検査の説明と副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、R I 検査を受けることに同意いたします。

同意をした日

年 月 日

患者様の署名

代諾者の署名

続柄