

カルテ No
氏 名
生年月日
所 属

核医学検査同意書

初回検査時に同意書の記載があれば2回目以降は不要です。
ただし、該当検査に限ります。

検査説明担当医師 _____

この用紙は、あなたが受ける核医学検査の同意書です。担当医師から検査に対する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. 検査概要

核医学検査は、からだの特定の部位に集まる放射性同位元素 (RI) (Radio Isotope : ラジオアイソトープの略) を静脈注射し、各臓器や組織に集まる状態を撮影し、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

核医学検査の使用される薬剤による副作用はほとんどありません。

ただし、副腎の検査の時に使われる薬剤 (アドステロール) では注射した後にまれに動悸、顔面紅潮などの副作用が起こる場合がありますが、いずれも一過性の症状で、特に治療を必要とすることはありません。

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。

3. 検査時の注意

検査項目によって検査前に注意する点や、検査の方法、検査にかかる時間が違います。核医学検査予約表をよくお読みください。

核医学検査施行同意書

＃ 私はこのたび予定された検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。

同意年月日 平成 年 月 日
患者本人または代理人 (続柄) 署名

〈外来カルテ添付〉

順天堂大学医学部附属静岡病院 (2012.6 改)