

フリガナ

患者氏名

生年月日

年

月

日

検査説明担当医師

説明書

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

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（ラジオアイソトープ：RI）を静脈から注射し、ガンマカメラという特殊な装置で撮影することで体内の様子を調べる検査です。

2. 核医学検査の副作用と放射線被ばくに関する留意事項

核医学検査に使用する薬剤による副作用はほとんどありません。まれにかゆみや発疹を生じることがありますが、通常は治療を必要としない程度で自然に軽快します。

核医学検査1回あたりの被ばく線量は0.5～20 mSv程度で、X線検査やCT検査でうける被ばく線量と同程度です。通常の検査においてからだに影響を及ぼすことはないと考えられ、日常生活にも支障はありません。

3. 検査時の注意

検査内容によって検査前に注意する点、検査方法、検査にかかる時間が異なります。核医学検査予約票をよくお読みください。

同意書

わたしは、予定された核医学検査の内容とその必要性、検査に関する留意事項について担当医師より説明を受け、理解しましたので検査を受けることに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

患者本人または代理人 署名

(代理の場合続柄)

順天堂大学医学部附属静岡病院

(2023.3 改)

※原則的に1回の検査につき1枚の同意書が必要です。

同一疾病に対して複数種類の検査を同時に予約する際は、1枚の同意書にまとめていただいても構いませんが、その旨を説明書の空白部分に直接ご記載ください。