

# 同意書

核医学検査のご依頼にあたり、次の事項を十分患者様に説明し、同意を得てください。

同意が得られた場合はチェックしてください。

1. 被曝する検査であることの説明はお済みですか？

はい            いいえ

被曝に関する補足

小児患者・妊娠中および妊娠可能年齢期の女性の被曝に際しては特に留意下さい。  
一般に小児患者での核医学検査の安全性は確立していません。

2. 一般に高額な検査であることの説明はお済みですか？

はい            いいえ

金額に関する補足

外来検査での自己負担額は高いものでは数万円になることがあります。

3. 放射性医薬品を使用する検査ですが、有害事象の説明はお済みですか？

はい            いいえ

放射性医薬品に関する補足

現在用いられている薬剤には多数の種類があり、一概には言えませんが、被曝のほか一般的な副作用の報告はまれで、0.1%未満とされています。

副腎シンチグラフィ製剤であるアドステロールについては、製剤中にエタノールを含むため、顔面紅潮、心悸亢進などの報告が認められています。

負荷検査として同時に使用される薬剤による副作用も認められることがあります。

(ラシックス、ダイアモックス等)

患者様氏名 \_\_\_\_\_

依頼医師氏名

(自筆署名)

依頼病院名

