

核医学検査に関する説明書 兼 同意書 (シンチグラム検査)

紹介元医療機関名：

核医学検査を受けるにあたり、以下のことをご理解くださいますようお願いいたします。

1. 核医学検査について

体の特定の部位に集まる放射性医薬品を静脈注射し、臓器の機能や形態の情報を得る検査です。疾患の診断や、治療方針の決定のために必要な検査です。

2. 投与する検査薬について

検査で使用する放射性医薬品は安全性が確立されており副作用はほとんどありません。まれにかゆみや発疹、お注射で針を刺すときの血管の反応で気分が悪くなる場合もありますが、治療を必要としない軽微なものがほとんどです。治療が必要な副作用が発生した場合には、可及的速やかに治療を行う体制ができておりますのでご安心下さい。

放射性医薬品からは微量の放射線が出ていますが、体への影響をを心配するような量ではありません。放出される放射線は時間とともに減っていきます。また、尿や便となって排泄されますので体に残り続けることはありません。

3. 日程変更・キャンセルについて

検査前日(平日)の午前中までに日立総合病院PETセンタ (0294-23-1111 内線2751) まで、ご連絡をお願いします。検査で使用する薬剤は有効期限が短く、検査当日の予約時刻にしか使用できないため、連絡がない場合、キャンセル料が発生する場合があります。

4. 臨床研究に関するお願い

医学の発展のため、正常・異常を問わず、症例の収集研究を広く行っております。このため、この検査で得られた診療情報を、個人を特定できる情報を完全に秘匿し、研究のために使用させていただく場合がございますので、予めご理解ください。

診療の過程で合併症などによる予定外の追加治療が必要になった場合、それに対する医療費がかかることをご了承ください。

セカンド・オピニオン（他医療機関の医師の意見）を受けたい場合には、担当医へお申し出ください。

西暦 年 月 日 時

医師： _____ 同席者： _____ ・ なし

日立総合病院 院長 殿

私は上記説明内容について

- 分かりました。その上で納得して同意します。また、実施中において緊急の場合または医学上の理由で、実施内容の変更や臨時の処置を必要とする場合には、その必要な処置を受けることにも同意します。個人を特定できる情報が秘匿されるという条件で、臨床研究への協力を承諾いたします。

理解できましたが、同意しません。

西暦 年 月 日 午前・午後 時

患者署名： _____ 同席者： _____ ・ なし

代諾者署名： _____ [続 柄： _____ (配偶者・親権者・その他親族)]

代諾者住所： _____ 電話番号： _____