

説明書 兼 同意書(負荷心筋シンチ検査)

紹介元医療機関名：

<負荷心筋シンチ>

1. 検査の目的

本検査は、心臓の血流や心筋の状態を評価するために行われます。特に、冠動脈疾患（心臓の血管が詰まったり狭くなったりする病気）の有無を調べるために役立ちます。

2. 検査の方法

負荷心筋シンチ検査では、次のいずれかの方法で心臓に負荷をかけ、心筋の血流を評価します。

✓☐運動負荷：エルゴメーター（自転車）を使用して体を動かし、心拍数を上げます。

✓☐薬剤負荷：運動が困難な場合、薬剤を使用して心拍数を上げ、負荷をかけます。

検査中、放射線を使って心筋の画像を撮影します。画像は、心臓の血流や心筋の状態を評価するために用いられます。

3. 検査のリスク

本検査にはいくつかのリスクがありますが、通常は軽微であり、慎重に実施されます。考えられるリスクには、以下が含まれます：

✓運動負荷の場合：運動で心臓に負担を掛けます。頻度はとても低いですが、運動負荷に伴い重篤な不整脈、心筋梗塞、心不全を起こすことがあります。

✓薬剤負荷の場合：薬剤の副作用として、軽い動悸や胸部不快感、めまい、吐き気などが生じることがあります。また、使用する薬剤で喘息発作が誘発されることがあります。喘息の既往のある方は検査を控えた方が良いでしょう。申し出てください。

この検査で命に関わる重大な合併症が起きる頻度は0.1%以下です。万が一、検査中に異常が見られた場合、医療スタッフが迅速に対応いたします。

✓被ばく：放射性医薬品を使用するため1回あたりに数ミリから8ミリシーベルトの被ばくがあります。この被ばく量は軽微なため健康被害を起こすことはほとんどありません。検査後も、わずかな放射線が体内から放出されています。検査後12時間は乳幼児との密接な接触は避けてください。妊娠中または妊娠の可能性のある方には検査を行いません。申し出てください。

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となった場合、それに対する医療費がかかることをご了承ください。

また、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。

☐ 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：