

(様式8)

依頼日: 年 月 日

放射線科検査予約連絡FAX

FAX:052-951-1207

名古屋医療センター
地域医療連携室行

〈当院ID: 〉

フリガナ											生年月日	性別								
患者氏名																				
放射線科検査名	シンチ		検査予定日																	
住所・TEL	〒										TEL:									
保険者番号											公費負担者番号									
記号・番号								受給者番号												
被保険者氏名								老人(後期)	1割 ・ 3割 ・ 福祉											
高齢(前期)	2割 ・ 3割							乳 ・ 障 ・ 母 ・ 傷												

※本紙用紙と診療情報提供書を必ず添付してFAXして下さい。
事前準備のため検査前日までに
保険情報を記載し返信FAXをお願い致します。

紹介医療機関情報
住所
医療機関名
紹介医診療科
紹介医師
TEL:
FAX:

核医学検査(アイソトープ検査)同意書

名古屋医療センター 院長 殿

患者氏名： _____

担当医署名： _____ 説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明に同席した医療者 職種： _____ 氏名： _____

検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明内容(説明を受けた項目にチェックをしてください)

- 検査の必要性
- 核医学検査の副作用と放射線被ばくについて
- 核医学検査を受ける際の注意点
- この検査を受けなかった場合の他の検査法の有無
- 同意はいつでも取り消せること

以下のいずれかにチェックをしてください

上記の説明を受け、

- 理解しましたので同意します。
- 今回は同意しません。

署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者(または代理人氏名)： _____

代理人の場合、患者本人との続柄： _____

家族・同席者氏名： _____

核医学検査(アイソトープ検査)を受けられる方へ

1. 核医学検査について

核医学検査(アイソトープ検査)は、微量の放射線を放出する放射性同位元素(ラジオアイソトープ)が含まれるくすりを使用して、病気の有無や状態などを調べる検査です。このくすりを静脈内に注射(または経口摂取、吸入)して、各臓器や組織に集まる状態を専用カメラを用いて撮影します。この検査で使用するくすりは特定の臓器や組織に集まりやすい性質があり、目的とする臓器や組織の形そして働き(機能や代謝)を調べることができます。

2. 核医学検査の副作用と放射線被ばくについて

核医学検査で使用されるくすりによる副作用は非常に少なく、副作用の出現率は10万人に1人程度(0.001%程度)と報告されています。

この検査での放射線被ばくは、検査の種類により異なりますが、検査1回あたり0.5~20 mSv(シーベルト)程度で、胸部エックス線検査よりは多いですがCT検査と同程度です(参考:日本での日常生活における自然放射線による被ばくは年間で約2.1 mSvです)。

3. 核医学検査を受ける際の注意点について

核医学検査の種類によって検査前に注意する点や、検査方法、検査にかかる時間が異なります。検査予約票に各検査ごとの説明がありますのでそちらもご参照ください。

検査薬は、注射や撮影時間にあわせて事前に注文し取り寄せた特別なものを使用しています。時間通りに検査が行われないと検査結果が上手く得られないことがあります。ご留意いただけますようお願い致します。また、当日や無連絡のキャンセルの場合、検査費用の一部を個人負担していただくことがあります。

血管の壁が弱いなどの理由から検査に必要な量のくすりが血管に入らないために十分な検査結果が得られないことが稀にあります。その際には1か月後を目安に再検査を行うことがあります。

妊娠中の方、妊娠の可能性がある方、授乳中もしくは乳幼児がみえる方は、病院スタッフ(担当医師、看護師、放射線技師など)にご連絡ください。また、アルコール、ヨードや何らかの薬で、アレルギー反応を起こしたことのある方も、病院スタッフにご連絡ください。

