舞 鶴 共 済 病 院

【説明・同意書】

検査の名称： 核医学（RI）検査

【説明内容】

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（RI）（Radio Isotope： ラジオアイソトープの略）を静脈注射し、各臓器や組織に集まる状態を撮影し、機能や形態を調べる検査です。

2．核医学検査の副作用と放射線被ばくについて

核医学検査の使用される薬剤による副作用はほとんどありません。

ただし、副腎の検査の時に使われる薬剤（アドステロール）では注射した後に動悸、顔面紅潮などの副作用が起こる場合がありますが、いずれも一過性の症状で、特に治療を必要とすることはありません。

放射線被ばくも少なく、通常の投与方法では臓器に障害を及ぼすことはありません。また、日常生活にも支障はありません。

3．検査時の注意

検査の種類によって検査前に注意する点や検査の方法、検査にかかる時間が違います。核医学検査予約表をよくお読みください。

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様の上記の医療行為について、その必要性と内容、また、状況に応じた内容の変更、起こり得る危険性、後遺症などについて説明をいたしました。

平成　　年　　月　　日

説明担当医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（立会者） ＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記内容に従って説明を受け、十分に理解した上でその実施に同意します。また、上記医療行為中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

国 家 公 務 員 共 済 組 合 連 合 会
舞 鶴 共 済 病 院 長 殿

平成　　年　　月　　日

患者又は親権者・親族等氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄　　）

（注）同意については、患者本人を原則とする。