アイソトープ検査に関する説明書

今回の検査は、放射性医薬品（RI）を用いて体内の状態を正確に知ることを目的としています。骨およびその他の腫瘍等の部位の特定から、心臓や脳の検査では血液の流れ（分布）を描出することが可能です。そのため、他の検査では苦手とする診断や治療方針の決定に大きな役割を果たすことが期待できます。

しかし、放射性医薬品はごくまれに蕁麻疹・嘔吐や血圧降下などの副作用を起こすことがあります。万が一、副作用が発現した場合には迅速かつ適切な処置を行います。

また、この検査を受けない場合には他の検査で代替できる場合があります。その場合は検査の質や精度が異なるため、十分な情報が得られないこともありますので、その点はご承知ください。

説明をお聞きになった上で、下の同意書にご署名・ご捺印をお願いします。疑問、質問等がございましたら、遠慮なく担当医に質問してください。

【お願い】この検査に使用する放射性医薬品は数時間で検査に使用することができなくなるため病院で所蔵することができずご予約を頂いた患者さん個々に発注します。そのため予約の変更、取り消し等は必ず前日午前中までにクリニックへ連絡をお願いします。万一、前述期限を過ぎての予約変更、取り消しについては、高額な薬剤費の実費額（約 45,000 円）をご負担頂くことになりますので、ご承知おきください。

＜確認事項＞

・妊娠中または妊娠している可能性がある女性、授乳中の女性である　□はい　□いいえ
・これまで何かのお薬でアレルギー反応を起こしたことがある　□はい　□いいえ
・アルコール消毒でかぶれたりしたことがある　□はい　□いいえ

紹介元医療機関名　　紹介元医師氏名

年　　月　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

年　　月　　日　豊橋医療センター　　医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

アイソトープ検査に関する同意書

独立行政法人国立病院機構　豊橋医療センター院長　殿

今回、アイソトープ検査について、その役割や副作用などについて十分な説明を受けました。

検査を受けることに　　**同意する**
　　同意しない

年　　月　　日

患 者 氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（自筆署名，もしくは記名押印）

代　諾　者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　続柄（　　）
（患者様本人に判断能力がない場合）　（自筆署名，もしくは記名押印）