

核医学検査同意書

この用紙は、あなたが受ける核医学検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け下記核医学検査の副作用と放射線被ばくに関する留意事項もご確認ください。

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

核医学検査に使用される薬剤の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）では注射した後にまれに動悸、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。

3. 検査時の注意

検査項目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。

「検査予約票、核医学（RI）検査を受けられる方へ」をよくお読みください。

検査予定日：平成 年 月 日 同意書 説明日：平成 年 月 日

検査説明医師 氏名 _____

私は、このたび予定された検査の内容とその必要性の説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。

記入日：平成 年 月 日

氏名 _____

保護者または代理人 氏名 _____ 続柄（ ）

(注)保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください。

独立行政法人 国立病院機構 東近江総合医療センター 放射線科

TEL 0748-22-3030 (代表)