

核医学検査を受けていただくに当たって（説明と同意書）

検査予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医（検査依頼医） _____

核医学検査は、微量の放射線を放出するラジオアイソトープでしるしを付けた薬を静脈内に注射し、体内から出る放射線を特別なカメラで撮影することによって、脳の血流や、心臓の血流、腎臓のはたらき、骨の炎症などを調べる検査です。

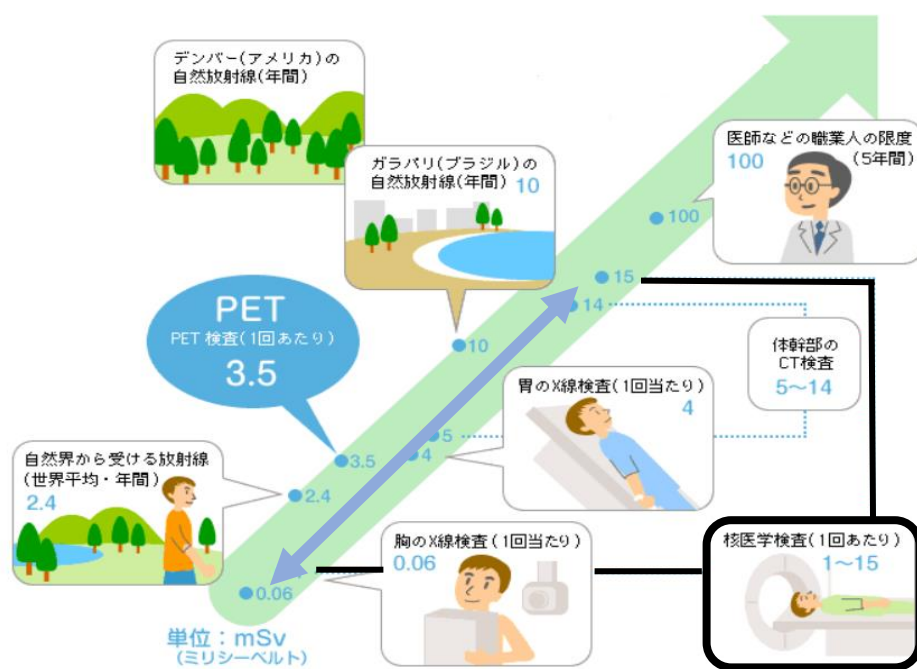
核医学検査による医療放射線被ばくがあります。核医学検査の場合、懸念されるのは主として発がんリスクの増加です。ただし、100mSv未満の線量での発がんの報告はありません。

今回の検査で想定される被ばく線量は、例えば、骨・脳検査では胸のX線撮影と同じ程度、心臓の検査では胃のX線検査とほぼ同じ程度であり、健康への影響は確認することができないくらい小さいと考えられています。

検査を受けることによる被ばくがあることを考慮した上で、検査により得られる利益の方が大きいと判断し、今回の検査が必要であると考えています。

また当院では、医療被ばくが合理的に達成できる限り低くなるように、必要最小限の被ばく線量になるように努めています。

分からないことがあれば、主治医もしくは担当者にご相談下さい



注1)

次の方は、あらかじめ医師にお伝えください
妊娠中または妊娠している可能性のある女性 / 授乳中の女性 / これまで何かの薬でアレルギー反応を起こした方 / 何かの治療のための薬を服用中の方

注2)

検査薬は高額であり、検査に合わせて当日に配送されますので、予約日時は必ずお守りください。
(検査薬のキャンセルは前日の午後5時までとなっています。)

以上を理解した上で、今回核医学検査を受けることに

(同意します ・ 同意しません) どちらかを○で囲んで下さい。

署名日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明を受けた方 _____

この用紙は、検査当日に必ずお持ちください。

小松市民病院 つながるサポートセンター・放射線科