

RI検査同意書 《ご記入し、検査当日にお持ちください!!》

☆予約時間の30分前には総合受付を済ませ、画像診断センター50番までお越しください

《 RI検査問診票 》

○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。薬剤によっては稀に、血管痛や口内の違和感を感じることもありますが、一過性のもの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、身体、臓器に影響及び障害を及ぼすことはありません。

○検査時の注意

検査項目により、検査の時間帯や検査にかかる時間は異なります。

検査名	検査開始時間	キャンセル料
骨シンチ	注射後3時間後に40分撮像	27,000円
アシアロシンチ	注射と同時に30分撮像	14,000円
脳血流シンチ	注射後20分後に30分撮像	39,700円
ダットスキャン	注射後3時間後に30分撮像	51,400円
123I-MIBG	注射後15分後と3時間後に30分撮像	40,000円

非常に高価な薬剤で当日しか使えない薬です。キャンセルは、前日の営業日(平日)お昼12時までに連絡して下さい。それ以降のキャンセルは個人負担になりますのでご理解をお願いします。

○下記の質問事項に該当する方はチェックをお願いします。

- 妊娠の可能性がある、または妊娠中である
- 授乳中である
- 同居家族に、乳児、幼児がいる
- ヨード、アルコールにアレルギーがある

《 RI検査同意書 》

くもと森都総合病院 院長殿

主治医よりRI検査のメリット・デメリットについて説明を受け、RI検査に際し検査の必要性や副作用について十分理解した上で検査を受けることと、キャンセル料について

同意します

同意しません

なお、一度同意されてもいつでも撤回する事が出来ますので、その旨を主治医にお伝え下さい。

西暦 年 月 日

患者様(本人) 氏名: _____ 身長: _____ cm/体重: _____ kg

代筆者(続柄) 氏名: _____ () _____ 患者が未成年、または署名困難な場合は代筆者が自署署名して下さい。

くもと森都総合病院 画像診断センター RI室(代表:096-364-6000)
RI同意書(紹介用)2020年4月作成