

検査、治療、手術などの説明および同意書

患者ID:

説明日 年 月 日

カナ氏名:

科 説明医師

患者氏名:

(自署)

生年月日:

病院側 同席者がいない場合はチェック
同席者 (自署)病院側同席者がいない場合はチェック

職種

核医学検査

1. 検査適応の観点について

この検査は特定の臓器に集まる性質があり、かつ放射線を放出する医薬品（以下、放射性医薬品）を使用します。放射性医薬品は検査目的に応じた身体の生理学的作用によって体内に分布するため、生理学的機能を反映した検査結果を得ることができます。

2. 実施予定の検査の目的および内容と方法について

この検査は放射性医薬品を注射、経口投与、あるいは吸入により投与し、その集積あるいは動態を観察することで、形態診断、局在診断、機能診断、あるいは正常部位と異常部位の鑑別等を目的としています。使用する放射性医薬品は検査目的によって異なります。投与された放射性医薬品は生理学的作用によって体内に分布し、その様子をシンチレーションカメラという専用の装置を用いて検査します。

3. 検査の有効性について

この検査は放射性医薬品の体内での生理学的な分布を観察します。そのため、他の画像検査に比べ生理学的機能を反映した画像や解析結果を得ることができます。

4. 検査に付随する危険性と偶発症について

今回使用する薬剤に対して過去に過敏症などの症状があった方は、必ずお申し出ください。また、この検査では放射性医薬品から放出される放射線により被ばくを受けます。ただし、放射性医薬品は必要最低限の量しか使用せず、また放射性核種の物理学的な半減期（放射線の量が半分に減衰するまでの期間）及び薬剤の体内からの排泄による生物学的な半減期に従って減衰します。そのため、薬剤の副作用や被ばくによる影響は非常に少なく、その安全性は確立されています。しかし、まれに薬剤による副作用があらわれることがあります。副作用の例としては次のとおりです。

- A. ショック
- B. 過敏症（発赤、発疹など）
- C. 循環器症状（動悸、血圧上昇、血圧低下など）
- D. 消化器症状（嘔気、嘔吐など）
- E. 血管迷走神経反応（血圧低下、顔面蒼白など）
- F. アレルギー反応（発赤、発疹など）
- G. その他（気分不良、発熱、全身倦怠感など）

また、放射性医薬品を注射にて投与する場合、注射針を刺すことによる神経障害、血管外漏出による潰瘍形成、コンパートメント症候群（神経麻痺など）などのリスクがあります。穿刺部位付近に強い痛みやしびれが発生した場合は、直ちに医師にお申し出ください。

※日常生活において突然生じる脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、致死性不整脈などの疾患は、検査・治療・手術中、検査・治療・手術後であっても、検査・治療・手術操作とは関係なく生じることがあり、場合によっては死亡に至ることがあります。

5. 偶発症発生時の対応について

偶発症発生時は医師、受診外来、救急外来などと連携し、速やかに対応いたします。なお、その際に生じた治療費については、原則、保険診療となります。

6. 受けられる検査の流れについて

受けられる検査によって異なりますので、検査予約票（別紙）とともに医師から、または診療放射線科にて必ず検査内容の説明を受けてください。

7. 他に選択可能な検査について

他に選択可能な検査につきましては医師より説明を受けてください。

8. この検査・治療・手術の同意を撤回される場合について

同意署名をして書類を提出した後でも、この検査・治療・手術が開始される前までは、やめることができます。また、複数回または継続して行われる場合にも、途中でやめることができます。やめることの影響について医師から十分な説明を受けた上で判断をお願いします。

同意の撤回に関する文書を用意させていただきますのでご署名をお願いします。

9. セカンドオピニオンについて

セカンドオピニオンを希望される場合にはお申し出ください。これにより患者さんに対しての当院の診療内容が不利益になることはありません。

10. 特記事項

患者さんには、最終的にこの検査・治療・手術を受けない自由、その他、侵襲性の低い検査・治療・手術を選択する自由があります。

大和市立病院長殿

上記説明を受け、質問する機会を得、その内容を十分に理解したうえで同意します。

同意書記載日：_____年_____月_____日

同意人欄：未成年の場合は、親権者の方が同意人としてご署名をお願いいたします。
ただし、15歳以上の未成年の患者の場合は、親権者の方に本人の署名もお願いいたします。

氏名（自署）

患者との関係（本人・その他：_____）

病院記載欄 特記事項（電話説明時などに使用、詳細はカルテ記載）

特記事項記載日：

特記事項医療者署名：

大和市立病院 核医学検査の説明および同意書 2024.01 改正