

- ・ 説明書は、依頼医療機関医師が検査に関する事項を患者さんに説明したうえで署名をしてください。
- ・ 同意書は、患者さんが説明を受けたうえで署名をしてください。

〔骨全身スキャン〕に関する説明と同意

説明書

1 【検査予約日】 年 月 日

2 【注意事項等】

検査の精度を保つため、別紙『〔骨全身スキャン〕に関するご案内』をよくお読みください。

3 【合併症や偶発症の有無やその程度】

放射線を出す物質を用いて検査を行うため放射線被ばくを受けます。被ばく線量は投与量に比例し、標準的投与量で約 2.2mSv です。この検査で不妊になることはありませんし、妊娠中に検査を受けられても胎児に奇形などの影響が発生する事はありません。副作用として、アレルギー反応や消化器症状、血圧低下、薬品臭、口内苦味感などの報告がありますが、それらの発現頻度は極めて稀です。

私は、\_\_\_\_\_さんの検査について、上記のようにご説明いたしました。

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_

同意書

あて先 岐阜市民病院 病院長 殿

私は、上記の説明を受け理解しましたので、骨全身スキャン検査を受けること、および検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、適宜処置されることについて

同意します  同意しません  その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 同意した後でも骨全身スキャン検査の中止は可能ですので申し出てください。

年 月 日

患者（又は代理人）氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

代理人住所(※) \_\_\_\_\_

連絡先(※) \_\_\_\_\_

代理の同意の場合、(※)も記載してください。代理の同意となる事例は次のとおりです。

- ① 患者さんが意思を表明できない場合
- ② 意思決定能力が無いと医師が認めた場合
- ③ 患者さんが未成年の場合

※ この用紙を検査当日、ご持参ください。