

紹介元医療機関の医師より説明を受け、必要事項をご記入ください。
検査当日持参してください。

〔骨全身スキャン〕に関する説明と同意

説明書

1. 【実施予定日】

~~~~~年 月 日

#### 2. 【方法・注意事項等】

核医学検査とは、微量の放射性同位元素（RI）を含んだ放射性医薬品を使う検査です。骨全身スキャンでは、骨病変の分布・局在や骨代謝機能亢進もしくは低下病変を検出します。

- ・検査予定時間が11時00分または11時30分の方は8時30分から、13時以降の方は10時30分から注射をします。検査予定時間をご確認の上、お間違えのないようご来院ください。
- ・静脈注射の後、薬が骨に集まるまで2時間以上の待ち時間があります。
- ・撮影時間は約20分です。（撮影中は動かないようにしてください。）
- ・薬が尿中に排泄され、尿が膀胱に残っていると正確な写真が撮れません。  
検査開始の10分程前に検査室内のトイレで排尿してください。

#### 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。

#### 4. 【患者さんおよび代理人からの質問およびその回答など】

患者さんおよび代理人からのご質問

有 [ ]  
無

#### 5. 【その他】

突然の事情で来院できない場合、交通事情により予約時間に間に合わない場合は、分かった時点で岐阜市民病院 RI 検査室まで必ずご連絡ください。また、患者さん都合による当日のキャンセルは、検査薬の費用をご負担していただくことがあります

以上はいくまで現時点での説明であり、病状が予測困難な推移をたどることも考えられます。状況に応じて手術・処置・検査等の中止や変更があることをご了承ください。また、万全を期して対応しますが、緊急の対応が必要なときは適宜処置等を行い、事後説明となる場合もありますので、予めご承知ください。分からないこと、疑問点はその都度気軽にお尋ねください。

同意した内容については、医療行為を開始するまではいつでも撤回することができます。また、不同意および不同意の撤回もできます。

#### 【連絡先】

岐阜市民病院 RI 検査室  
058-251-1101 (内線 4153)

## 紹介元医療機関の医師にてご記入ください

私は、\_\_\_\_\_さんの検査について、説明書のとおりご説明いたしました。

説明日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医師（自署）\_\_\_\_\_

## 患者さん（代理人）が記入してください

### 〔骨全身スキャン〕に関する説明と同意

#### 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の中止は可能ですので、主治医へお申し出ください。

同意日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

患者氏名（自署）\_\_\_\_\_

代理の同意の場合、（※）を記載してください。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

代理人氏名（自署）（※）\_\_\_\_\_ 続柄（※）\_\_\_\_\_

代理人住所（※）\_\_\_\_\_ 連絡先（※）\_\_\_\_\_