

- ・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。

〔脳血流 SPECT (IMP)〕に関する説明と同意

説明書

1 【検査予約日時】 年 月 日 時 分

2 【注意事項等】

検査の精度を保つため、別紙『〔脳血流 SPECT (IMP)〕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、約 1.5mSv 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、脳血流 SPECT (IMP) 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 ()

※同意した後でも脳血流 SPECT (IMP) 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。