RI 検査説明書・同意書

1．安全性について

核医学検査は、「放射線を出す薬剤」を投与し、診断や治療に必要な検査を行います。放射線被ばくによる身体、臓器に影響及び障害を及ぼすことはほとんどありません。また、使用する薬剤の副作用もほとんどありません。何らかの有害事象が発生した場合は、担当医が対応致します。

2．検査のキャンセル・変更について

※検査内容については別紙検査説明書をご参照ください。

検査名	キャンセル料（目安）
◆骨シンチ	約 22,000 円
◆安静脳血流シンチ	約 44,000 円
◆ダットスキャン	約 57,000 円
◆I123―MIBG	約 44,000 円
◆その他【　　】	

核医学検査で使用する放射性薬剤は、短時間で減衰するため、使用期限が極めて短く、高額なお薬です。そのため、患者さんご自身のご都合により検査をキャンセルまたは、延期され、薬剤が使用できなくなった場合は、当該薬剤の費用相当を自己負担して頂く場合がございます。ご了承下さい。

- 患者さんご自身の不注意で前処置が守られず検査ができなかった場合
- 検査予定日に来院されなかった場合
- 期限までにご連絡がなく、キャンセルまたは延期となった場合
- 検査開始直前、開始後に検査を拒否された場合

キャンセルの期限：検査前日の 12：00 まで（月曜日の場合は、前週の金曜日 12:00 まで）

※キャンセルの連絡は、おかかりの医療機関へお願い致します。

年　　月　　日

説明医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、上記内容に同意致しました。

年　　月　　日　　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾の場合は不要。代筆の場合は患者記名に（　）内に代筆者署名を付記する。

近親者署名（続柄　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

18 歳未満および代諾の場合は必須。18 歳未満では親権者が望ましい。

2021.10 月作成　画像診療科