

核医学検査説明書

様

検査日は 月 日(曜日) 時 分です。
上記予約時間のまでに
核医学受付(PETセンター3階)までお越しください。

《！お願い》

予約日に来院できない場合は、必ず**検査前日の午前中**までに予約をした病院へご連絡下さい。(検査前日が休日の場合は、休日前の午前中までに)

1. 検査当日の持ち物

- ・ 検査説明書 ・同意書(本紙)
- ・ 検査診療情報提供書(検査依頼医師から預けられた封筒)
- ・ 静岡県立総合病院診察券(お持ちの方のみ)
- ・ 健康保険証 等
- ・ お薬手帳

2. 核医学検査について

核医学検査は放射線を出す薬を使って、体の状態を調べる検査です。
詳細は別紙をご参照ください。

3. 検査の被ばくについて

- ・ 核医学検査では、放射線を含む検査薬を注射します。核医学検査による被ばく線量は、放射線により身体に影響が出る量よりも遙かに低い値です。
- ・ 当院では、医療被ばく研究情報ネットワークが策定した診断参考レベルを基に、検査に用いる医療放射線の最適化を行っております。

4. 神経損傷のリスク

- ・ 検査薬の注射の際に針が細い神経に当たることがあり、通常よりも強い痛みが生じ、しびれ感や痛みが続くことがあります。ほとんどが数日から数週間で治りますが、極めてまれ(1万～10万回に1回程度)に症状が長引き、手の動きに障害が残ることがあります。

5. 個人情報

- ・ 検査結果を医学発展のため、学会等への発表に使用させていただく場合があります。使用時に患者様の氏名等が特定されることは一切ありません。この趣旨にご理解をいただけますようお願いいたします。また、この旨をふまえ同意書への署名をお願いいたします。

核医学・PETセンター案内図案内図

核医学は2KⅢPETセンター3階にあります。
 本館2階 2KⅡ 生理検査受付奥の連絡通路を通り、左に曲がった先の建物の
 3階にあります。
 PETセンター内のエレベーターにて3階へお越しください。



《核医学検査同意書》

説明医師署名

印

核医学検査について説明を受け、理解しましたので検査の実施に

(同意します ・ 同意しません)

※同意書はいつでも撤回することができます。

患者氏名
(署名)

署名日 年 月 日

※患者が未成年の場合には親権者、患者が自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。
自筆でご署名ください。

代理人署名

続柄 ()

署名日 年 月 日