

## RI検査（核医学検査）に関する説明および同意書（院外用）

この同意書は申し込み日あるいは検査当日、必ずPET/RIセンターにご提出下さい。

### ① RI 検査（核医学検査）について

この検査は特定の臓器の機能や形態の情報が得られる検査で、あなたの病気の診断や治療方針の決定に必要です。R I（Radio Isotope の略）検査は核医学検査とも呼ばれ、特定の臓器や組織に集まりやすい性質を持った放射性医薬品を患者さんの静脈内に投与し、目的の臓器や組織に薬剤が集まったところで、そこから放出される放射線を専用の装置で体外から検出し、画像化する検査です。検査によっては病変部位の確認のために低線量CT検査を追加する場合があります。

### ② 検査の安全性について

使用される薬剤は安全性が高く、副作用はほとんどありません。また、この検査による被ばくはゼロではありませんが、障害が発生する確率は非常に低く、問題にはなりません。ただし、妊婦又は妊娠の可能性のある方は必ず主治医にご相談ください。また、検査の種類によっては授乳を禁止または一定期間禁止（1日～3週間）となる場合がありますので、検査を予約される前に主治医にご相談ください。

### ③ 個人情報の取り扱いについて

RI検査の画像は、医学教育や学術研究に使用させていただくことがあります。しかし、学会や論文発表の際には匿名化され、個人の情報はまったく公開されません。

### ④ 検査料について

この薬剤は検査当日の予約時刻にしか使用できないため、前日（平日）の 14：00以降キャンセルの場合は薬剤が廃棄となります。その際は薬剤費（+消費税）を実費でご負担いただく場合があります。ご理解ご了承ください。ただし、当日の急な体調変化や自然災害、事故等による交通機関の乱れのために来院できない場合は除きます。また、検査に使用する薬剤は東京から検査当日に配送されるため、自然災害、事故等による交通機関の乱れのために薬剤が輸送できない場合は、検査は延期となりますのであらかじめご了承ください。

※ 変更やキャンセルされる場合は前日（平日）の 14：00 までに必ず下記にご連絡ください。

日本赤十字社長崎原爆病院（電話での受付時間 平日 8:30-17:00 まで TEL：847-1511 内線：1182）

私は上記RI検査について十分理解した上で、検査を受けることに同意します。

年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_