

## RI 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	被保険者証		
	氏名			男・女		保険者番号		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月		日	記号・番号	
						資格取得日		
						世帯主		
						保険者名		
医療機関情報	医療機関名					老人(高齢)受給者番証		
	診療科					公費負担番号		
	医師名					受給者番号		
	TEL( ) - FAX( ) -					有効期間		
予約日	第1希望	月	日	読影レポート	通常	公費負担医療受給		
	午前・午後( )時					公費負担番号		
	第2希望	月	日			受給者番号		
第3希望	月	日	午前・午後( )時	当日持ち帰り	有効期間			

検査項目	希望される検査に○印をして下さい			
	骨シンチ	脳血流シンチ(IMP)	ダットシンチ	心筋交感神経シンチMIBG

検査目的・指示・診断名・主症状・検査部位などをご記載下さい

## 検査のご案内

【検査名】 脳血流シンチ (IMP)

---

### 説明・注意事項

- ・ この検査は検査薬の注射をして頭部の撮影を行います。(検査時間 40 分)
- ・ この検査は食事の制限はありません。

※使用する検査薬は大変高価です。検査を中止した場合はキャンセル料をいただく場合があります。

※検査薬を注射する際、血管外に検査薬が漏れて注射部位が腫れたり、痛みを生じたりすることがあり、まれに処置が必要となる場合があります。

---

◎検査への問い合わせ及び予約の変更は放射線科へご連絡下さい。

※キャンセルする場合は前日夕方(16:30)までに連絡下さい。

0852-24-2111(代表) → 放射線科(RI 検査室)

## RI 検査 説明書(放射線の影響について)

検査に際し①内容 ②RI 検査についての放射線被ばくに関する当院の取り組み③同意を撤回する場合 ④被ばくの記録とプライバシー保護 ⑤連絡先 について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら主治医に御相談ください。

### ① 内容

病気を正しく評価するために放射線を用いた RI 検査が必要です。RI 検査は、放射性同位元素（RI：ラジオアイソトープの略）を注射もしくは経口投与するため、放射線被ばくを伴いますが、放射線被ばくによる健康への影響を考慮しても、RI 検査によって病状を評価することは有益と考えられます。

### ② RI検査の放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み

- RI 検査では、1回の被ばく線量が 100 ミリシーベルトを超えることはありません。
- 100 ミリシーベルト以上の被ばくでは、被ばく線量の増加とともに、発がんのリスクは上昇します。しかし、100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、明らかな発がんリスクの上昇は認められていません(確率的影響)。
- 100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、脱毛や皮膚障害など人体への明らかな障害を認める事はありません(確定的影響)。
- お子様の場合は、小児核医学検査適正施行コンセンサスガイドラインに則り、年齢と体格を考慮して大人よりも少ない放射線の量で検査しています。
- 当院の RI 検査での推定被ばく放射線量について(mSv:ミリシーベルト、被ばくを評価する値)

検査名	推定被ばく線量	検査名	推定被ばく線量
脳血流シンチ	8mSv	負荷心筋シンチ	12mSv
ダットスキャン	5mSv	心筋交感神経シンチ	2mSv
骨シンチ	5mSv		

### ③ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は主治医・担当医にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

### ④ 被ばくの記録とプライバシー保護

法令により、検査による被ばく線量を記録・保存をしますが、秘密は守られます。また、記録を検査の検討や医学研究、学会発表等に使用しますが、名前や個人を識別する情報が使用されることはありません。

### ⑤ 連絡先

本検査についてご不明な点がある場合には、説明した医師にご連絡ください。また、検査後に緊急の事態が発生した場合には、診療科に連絡してください。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。  
ご不明な点がございましたら主治医までご相談下さい。

## RI 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない  
 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない  口頭もしくは電話で同意を得た  
 家族と連絡がとれない  その他( )

令和 年 月 日 担当医師 \_\_\_\_\_ (自署)  
確認者 \_\_\_\_\_ (自署)

私は、RI 検査について主治医から RI 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所: \_\_\_\_\_ 外来、 \_\_\_\_\_ 病棟]  
\_\_\_\_\_  
(担当医師) \_\_\_\_\_ (自署)  
\_\_\_\_\_  
(自署)

私は、RI 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のおりとしてします。

RI 検査を受けることについて

同意します。

なお、このたびの検査中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所: \_\_\_\_\_]

松江赤十字病院

院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 \_\_\_\_\_

(ご家族) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( )

\*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いします。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

\*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)

## RI 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

## 病院記載欄 &lt;同意書が得られない場合&gt;

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない  
 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない  口頭もしくは電話で同意を得た  
 家族と連絡がとれない  その他( )
- 令和 年 月 日 担当医師 \_\_\_\_\_ (自署)  
確認者 \_\_\_\_\_ (自署)

私は、RI 検査について主治医から RI 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

## 【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所: \_\_\_\_\_ 外来、 \_\_\_\_\_ 病棟]  
\_\_\_\_\_  
(担当医師) \_\_\_\_\_ (自署)  
\_\_\_\_\_  
(自署)

私は、RI 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

RI 検査を受けることについて

 同意します。

なお、このたびの検査中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所: \_\_\_\_\_]

松江赤十字病院

院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 \_\_\_\_\_

(ご家族) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( )

\*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いします。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

\*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)