

RI検査の同意書

患者氏名 _____ 様 (カルテ番号 _____)

1. 予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 検査の目的と方法:
あなたの症状を正しく評価するため放射線を用いたRI検査が必要です。RI検査は診断目的の臓器や組織に集まる放射性医薬品(RI:ラジオアイソトープ)を注射・吸引などの方法で体内に取り込み、機能や形態を調べる検査です。
3. 検査によって考えられる副作用と合併症:
ごくまれに動悸や顔面紅潮などの副作用が起こる場合がありますが一過性です。
RI検査は放射線被ばくを伴いますが、病状を正しく評価することは、被ばくによる健康への影響より有益と考えます(正当化)。
4. 放射線被ばくに関する危険性と取り組み:
 - ・ 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。また、脱毛や皮膚障害など明らかな障害を認める事はありません。
 - ・ 診断を目的としたRI検査では、1回の被ばく量が100ミリシーベルトを超えることはありません。

〈当院の投与量〉 (最適化)

検査名	当院投与量 (MBq)	成人投与量 (MBq) [ガイドライン値]
脳血流	199	200
心筋血流 (Tc)	766	840
心筋血流 (Tl)	112	120
骨シンチ	923	950
腫瘍・炎症	113	120

※ RI検査による被ばく量 : 0.5~15mSv(ミリシーベルト)
(環境省 放射線による健康影響等に関する基礎資料)

5. 同意書撤回について:
同意した後であっても、実施前であれば同意を撤回することができます。同意を撤回することで不利益を被ることはありません。
6. その他:
検査で使用する薬剤は当日しか使用できない薬剤です。検査のキャンセルや延期などがありましたら、検査前日までにご連絡ください。
→札幌東徳洲会病院 放射線科 TEL011-722-1110 内線2111

説明日

説明医師 _____

印 _____

同席看護師 _____

札幌東徳洲会病院 病院長殿

私は上記内容の説明を受け、質問する機会を得ました。上記の検査に関して理解できましたので、上記の実施に、

同意します。 同意しません。

日 時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

患者氏名 _____ (自筆署名もしくは記名捺印)

※代筆した場合は代筆者の氏名 (_____)

代理人 _____ (続柄 _____) (自筆署名もしくは記名捺印)

代筆者又は代理人が署名した場合は、患者本人が署名できなかった理由を記載してください。

(_____)