

RI 検査説明・検査施行同意書

検査予約日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 (曜日)

患者氏名 _____ 様

1. RI検査の副作用と、被ばくについて

画像診断に必要な、放射線同位元素薬剤を使用するため、医療被曝を伴います。(健康上には問題ありません)

副作用については、治療を必要とするものは、各調査機関より報告されていません。

2. 検査時の注意

検査の項目、種類により、撮像時間や注意事項などが異なります。

● 頭 部

	✓の記入をお願いします		
脳血流スペクト	<input type="checkbox"/>	検査時間 60分	前処置なし
ダットスキャン	<input type="checkbox"/>	検査総時間3時間30分	前処置なし
唾液腺シンチ	<input type="checkbox"/>	検査時間 60分	前処置なし

● 心臓

負荷心筋スペクト	<input type="checkbox"/>	検査総時間4時間30分	※
安静時心筋スペクト	<input type="checkbox"/>	検査時間 60分	※
MIBG心筋(スペクト)	<input type="checkbox"/>	検査総時間3時間30分	※
心プールシンチ	<input type="checkbox"/>	検査時間 60分	前処置なし

● 全身及び炎症その他

骨 シンチ	<input type="checkbox"/>	検査総時間3時間30分	前処置なし
ガリウム シンチ	<input type="checkbox"/>	検査2日前投薬 検査時間60分	下剤の投与
甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/>	検査総時間3時間30分	前処置なし
副甲状腺シンチ	<input type="checkbox"/>	検査総時間3時間30分	※
副腎シンチ	<input type="checkbox"/>	検査総時間3時間30分	※
肺血流シンチ	<input type="checkbox"/>	検査時間 30分	前処置なし

その他の部位検査についてはお問い合わせください。

※ 朝食止め、常用の投薬については予約時にご相談ください

依頼医師名

ご本人(又は代理人)の署名