

足立乳腺クリニック RI 検査予約票・説明書・同意書

氏名 _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査日時(注射時刻): _____ 検査部位: 全身骨 _____

検査時間(注射時刻)の30分前に総合受付へお越しください。

お食事は普段通りに摂ってください。

核医学検査に用いる検査薬は、検査薬として寿命が短いため、検査予約毎に薬剤メーカーに発注しております。ご都合が悪くなった場合は、前日の午後4時までに、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

RI 検査説明書・同意書

※1人でお待ちになれない小児をお連れになっての来院はご遠慮ください。(検査撮影時間 30分)

※最適な写真が撮影できる時間でご案内していますので時間厳守をお願いします。

1.シンチ検査の目的について

この検査はごく微量の放射性同位元素(RI)を含む放射性医薬品を用いて、がんによる骨転移、外傷等による骨折など、骨の病変を診断する検査です。

2.検査の方法と流れについて

午前中に薬を投与(注射)し、検査は午後からになります。撮影時間は約30分です。静脈には個人差があり、血管外に薬剤が漏れた場合に追加処置が必要となる場合があります。検査時の服装は基本的に着替える必要はありませんが、ベルトや大きな金属のアクセサリ等ついている場合は検査着に着替えていただきます。カイロ、エレキバンなどは検査前に外してください。

3.検査の注意事項について

検査に先立って次に該当される方は検査予約時に担当医にお知らせください。

- ◎ 妊娠中あるいはその可能性のある方
- ◎ 授乳中の方
- ◎ 今までに薬でアレルギーのあった方
- ◎ 狭いところが苦手な方

4.検査後の注意について

当日使用した放射性医薬品は、ほとんど尿中に排泄されます。検査終了後はお茶・水分を積極的に摂り、早く体外へ排出するように心がけてください。食事は、普段通りで結構です。注射後ごくまれに発疹等の副作用が出現する場合があります。出現した場合は医師が適切に処置します。

※乳幼児(1歳未満)と一緒に生活されている方は、24時間は近距離の接触(長時間の抱っこ、添い寝等)を可能な限り控えてください。

5.被ばくについて

当院 RI 検査は放射性医薬品を適正に管理し、医療被ばくガイドラインを参考に適正化を行い検査しています。

私は検査目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回 RI 検査 に同意します。

足立乳腺クリニック 院長 殿

年 月 日

説明医師署名: _____

患者氏名: _____

代理人の場合: _____

上記を確認しました。 確認者 _____

RI 検査依頼書

(足立乳腺クリニック 控) * 貴院控はコピー下さい。

| | |
|---|--|
| フリガナ 氏名 男・女 M・T・S・H 年 月 日 才 連絡先電話番号 () - | 医療機関名 診療科 主治医 電話 () - |
| 投薬日時 年 月 日() 午前・午後 時 分 | 測定日時 年 月 日() 午前・午後 時 分 |
| 患者移動： 独歩・車椅子・ストレッチャー 感染症： 有・無 (HCV・HBS・TPHA) | |
| 臨床診断名： 手術歴： 現病歴： | |
| 検査目的： | |
| 検査項目： <図示・要望事項> <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 () | |