

紹介元医療機関の医師より説明を受け、必要事項をご記入ください。
検査当日持参してください。

〔脳 SPECT (ダットスキャン)〕に関する説明と同意

説明書

1. 【実施予定日】

~~~~~年 月 日

#### 2. 【方法・注意事項等】

核医学検査とは、微量の放射性同位元素（RI）で目印をつけた放射性医薬品を使う検査です。脳 SPECT（ダットスキャン）検査では、脳内のドーパミン神経へ集まる放射性医薬品を静脈内投与し、その形や取り込み量を数値化して詳しく評価します。

- ・薬を静脈注射した後、3 時間後に撮影を開始します。
- ・検査台に仰向けに寝てください。
- ・撮影時間は約 30 分です。（撮影中は動かないようにしてください。）

#### 3. 【合併症や偶発症の有無やその程度】

この検査で用いる放射性医薬品はアルコールを 5%程度含んでおり、アルコールに対し強い反応を示す方は酔倒状態になる可能性があるため、慎重に投与します。また、放射線を出す物質を用いて検査を行うため放射線被ばくを受けます。被ばく線量は投与量に比例し、標準的投与量で約 1.5mSv です。この検査で妊娠になることはありませんし、妊娠中に検査を受けられても胎児に奇形などの影響が発生する事はありません。副作用として、アレルギー反応や消化器症状、血圧低下、薬品臭、口内苦味感などの報告がありますが、それらの発現頻度は極めて稀です。

#### 4. 【患者さんおよび代理人からの質問およびその回答など】

患者さんおよび代理人からのご質問

有 [ ]  
無

#### 5. 【その他】

突然の事情で来院できない場合、交通事情により予約時間に間に合わない場合は、分かった時点で岐阜市民病院 RI 検査室まで必ずご連絡ください。また、患者さん都合による当日のキャンセルは、検査薬の費用をご負担していただくことがあります

以上はあくまで現時点での説明であり、病状が予測困難な推移をたどることも考えられます。状況に応じて手術・処置・検査等の中止や変更があることをご了承ください。また、万全を期して対応しますが、緊急の対応が必要なときは適宜処置等を行い、事後説明となる場合もありますので、予めご承知ください。分からないこと、疑問点はその都度気軽にお尋ねください。

同意した内容については、医療行為を開始するまではいつでも撤回することができます。また、不同意および不同意の撤回もできます。

#### 【連絡先】

岐阜市民病院 RI 検査室  
058-251-1101 (内線 4153)

## 紹介元医療機関の医師にてご記入ください

私は、 \_\_\_\_\_ さんの検査について、説明書のとおりご説明いたしました。

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医師（自署） \_\_\_\_\_

## 患者さん（代理人）が記入してください

〔脳 SPECT（ダットスキャン）〕に関する説明と同意

### 同意書

あて先 岐阜市民病院 病院長 殿

私は、上記の説明を受け理解しましたので、脳 SPECT（ダットスキャン）を受けること、および検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、適宜処置されることについて

同意します  同意しません  その他（ \_\_\_\_\_ ）

※同意した後でも脳 SPECT（ダットスキャン）の中止は可能ですので、主治医へお申し出ください。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_

代理の同意の場合、(※)を記載してください。代理の同意となる事例は次のとおりです。

- ①患者さんが意思を表明できない場合
- ②意思決定能力が無いと医師が認めた場合
- ③患者さんが未成年の場合

代理人氏名（自署）(※) \_\_\_\_\_ 続柄(※) \_\_\_\_\_

代理人住所(※) \_\_\_\_\_ 連絡先(※) \_\_\_\_\_