患者様用　　資料⑤

予約日時　　年　　月　　日

診療科　放射線科　　依頼医師　宮坂　健司

ID　　氏名　　様

アミロイドPET検査同意書

以下の内容を確認していただき、ご署名ください。

検査で使用する薬について

・本検査は、放射線を発生する薬(放射性医薬品)を注射します。
・検査で使用する薬にはアルコール成分が含まれているため、アルコールに対して過敏症がある方はあらかじめお知らせください。
・本剤による副作用の報告は以下の通りです。
　■1～5%未満　：潮紅、血圧上昇、悪心、胸部不快感
　■0．5～1%未満　：頭痛、浮動性めまい
　■0．2%　：アナフィラキシー

被ばくについて

・本検査は、放射線を発生する薬(放射性医薬品)を使用するため被ばくがあります。
・体内に取り込まれた薬からの放射線は、時間の経過とともに自然になくなりますのでご安心ください。
・当院では、関連学会等のガイドラインに準じ、安全な放射線量で検査を行っています。
・妊娠中または妊娠している可能性がある方はあらかじめお知らせください。

検査費用について

・負担3割の方：約4万5千円 / 負担2割の方：約3万円 / 負担1割の方：約1万5千円

キャンセルや予約変更について

・検査で使用する薬は検査時刻に合わせて岡山県から配送されます。
・キャンセルの場合、必ず検査前日(休日を除く)の午後3時までにご連絡をお願いします。
・連絡なく来院されなかった場合、検査費用を負担していただきます。

個人情報について

・検査結果を医学発展のため、学会等への発表に使用させていただく場合があります。
・使用時に患者様の氏名等が特定されることは一切ありません。
・この趣旨にご理解をいただけますようお願いいたします。なお、希望されない場合はあらかじめお知らせください。

その他

・検査は約2時間30分かかりますので、当日の日程には十分余裕を持っておこしください。
・検査で使用する薬は、岡山県から配送されます。道路状況または天候によっては、検査開始が遅れたり、検査ができなくなる場合があります。また、検査機器のトラブルにより検査が行えなくなる場合もあります。
・**転倒しやすい方、介助の必要な方などは検査中ご家族の付き添いが必要です。**
・副作用や偶発的な症状に対して、診察・処置・投薬が必要になった場合は保険診療で対応します。あらかじめご了承ください。

《 同意署名欄 》　独立行政法人国立病院機構　広島西医療センター　病院長殿

検査の目的や必要性について説明を受け内容について理解しました。検査を受けることに同意します。

同意日　：　令和　　年　　月　　日

患者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名　：（続柄　　）代理人が署名する場合は、本人との関係を明記してください。

依頼医師署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿