（紹介用）

患者ID		性別/年齢	/
氏名		診療科/病棟	/
生年月日		紹介元施設	

RI検査予約票
（SPECT）

（検査名）

脳血流シンチ

（検査日時） ㊟受付開始は8時30分～となります。
（朝は混雑が予想されます。少し早めにご来院いただき、順番をお取り下さい。）

来院時間 ：　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

注 射 時 間 ：　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

検 査 時 間 ：　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

脳血流シンチ検査に関する注意事項です。必ずお読み下さい。

1. 検査当日の注意事項
   (1) **食事制限はありません。**
   (2) 日頃飲まれているお薬の服用については、主治医の指示に従って下さい。
   (3) 放射性医薬品というお薬を注射して検査を行ないます。
   (4) 検査時間は約30分間です。その間静止が必要になります。（無理そうな場合は主治医にご相談下さい。）
   (5) 当日は**来院時間にお越しいただき、初診受付にて**手続きを行って下さい。
   (6) 予約時間に遅れますと**検査時間を変更させていただく場合**や、**検査を受けられない場合**があります。
   (7) この予約票と受付票等を持って、**受付16番 PETセンター（核医学検査）**へお越し下さい。

2. キャンセルについて
   (1) キャンセルは必ず**前日夕方16時まで**にご連絡下さい。
   放射性医薬品は非常に高価で、予約人数分のみ購入しています。
   (2) 当日朝に配達されますので、当日のキャンセルや連絡なくキャンセルされた場合、また時間に遅れて検査が出来なかった場合には、**放射性医薬品の費用を請求する場合があります。**

3. **予約の変更やキャンセルにつきましては、患者サポートセンターまでご連絡の上ご相談下さい。また、必ず紹介元医療機関へ予約の変更、キャンセルの旨をお伝え下さい。**

公益財団法人
甲南会

甲南医療センター

代　表
（TEL）　078-851-2161

〒658-0064　神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

患者サポート
センター
（TEL）　078-851-0122

（病院控え）

検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ ＿＿＿＿ 患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿ 生年月日 ＿＿＿＿ ＿＿才

説明年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿
説明場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ （職種 ）

病名 1 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 2 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 3 ＿＿＿＿＿＿＿＿

説明内容

RI（SPECT）検査を受けられる患者様へ

1. RI検査について

RIとは、Radio Isotope（ラジオアイソトープ）の略語で、放射性同位元素（放射線を出す物質）を意味します。核医学検査、アイソトープ検査とも呼ばれています。特定の臓器や組織に集まりやすい性質を持った放射性の医薬品を患者さんに投与して検査を行ないます。投与された放射性医薬品が、目的の臓器や組織に集まったところで、そこから放出される放射線（ガンマ線）を専用のガンマカメラと呼ばれる特殊なカメラを用いて体外から検出し、その分布を画像化します。

その中でも、SPECT検査とは、1方向の放射線を放出する放射性同位元素（single photon emitter）を利用した医薬品を用いる検査になります。

また、放射性医薬品の分布を画像にすることをシンチグラフィといい、得られた画像をシンチグラムといいます。そのため心臓の検査を心筋シンチ、脳の検査を脳血流シンチ、骨の状態を見る検査を骨シンチ等と言います。

CTやMRI検査は、主に臓器の形態異常を調べるのに対し、RI検査は、投与された放射性医薬品の分布や集積量、経時的変化の情報から、臓器や組織の形態だけでなく、機能や代謝状態等を評価することが出来ます。

2. 被ばくについて

放射性医薬品における被ばくは、非常に少なく、**お身体に異常を伴うことはありません**。核医学検査1回あたりの被ばく量は、様々な条件によって変わりますが、おおよそ1～15mSvです。これはエックス線撮影検査（胃透視等）や体幹部のCT検査と同じ程度の被ばく量になります。

妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、授乳中の方は主治医に申し出てご相談下さい。

3. 心臓ペースメーカ及びICD・CRTDについて

装着されている患者様は、**主治医に申し出ていただき、検査当日はペースメーカ手帳をご持参下さい。**

4. 各検査の注意事項等について

各検査における前処置等の注意事項につきましては、別紙の**RI検査予約票（SPECT）**に記載してありますので、そちらをご確認下さい。

5. キャンセル等について

放射性医薬品は、時間が経つと無効になり当日しか使用出来ませんので、予約日には必ずお越し下さい。
キャンセルは、必ず前日夕方16時までにご連絡下さい。

放射性医薬品は、非常に高価で予約人数分のみ購入しています。連絡なくキャンセルされた場合や時間に遅れて検査が出来なかった場合には、**放射性医薬品の費用を請求する場合があります。**（約3～4万円）

＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 同 席 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
※署名があれば捺印は不要です。 続 柄（ ）

代諾者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
続 柄（ ）
※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

公益財団法人甲南会 甲南医療センター

（患者様控え）

検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ ＿＿＿＿＿ 患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿ 生年月日 ＿＿＿＿＿ ＿＿＿才

説明年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
説明場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ （職種 ）

病名 1 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 2 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 3 ＿＿＿＿＿＿＿＿

説明内容

RI（SPECT）検査を受けられる患者様へ

1. RI検査について

RIとは、Radio Isotope（ラジオアイソトープ）の略語で、放射性同位元素（放射線を出す物質）を意味します。核医学検査、アイソトープ検査とも呼ばれています。特定の臓器や組織に集まりやすい性質を持った放射性の医薬品を患者さんに投与して検査を行ないます。投与された放射性医薬品が、目的の臓器や組織に集まったところで、そこから放出される放射線（ガンマ線）を専用のガンマカメラと呼ばれる特殊なカメラを用いて体外から検出し、その分布を画像化します。

その中でも、SPECT検査とは、1方向の放射線を放出する放射性同位元素（single photon emitter）を利用した医薬品を用いる検査になります。

また、放射性医薬品の分布を画像にすることをシンチグラフィといい、得られた画像をシンチグラムといいます。そのため心臓の検査を心筋シンチ、脳の検査を脳血流シンチ、骨の状態を見る検査を骨シンチ等と言います。

CTやMRI検査は、主に臓器の形態異常を調べるのに対し、RI検査は、投与された放射性医薬品の分布や集積量、経時的変化の情報から、臓器や組織の形態だけでなく、機能や代謝状態等を評価することが出来ます。

2. 被ばくについて

放射性医薬品における被ばくは、非常に少なく、**お身体に異常を伴うことはありません**。核医学検査1回あたりの被ばく量は、様々な条件によって変わりますが、おおよそ1～15mSvです。これはエックス線撮影検査（胃透視等）や体幹部のCT検査と同じ程度の被ばく量になります。

妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、授乳中の方は主治医に申し出てご相談下さい。

3. 心臓ペースメーカ及びICD・CRTDについて

装着されている患者様は、**主治医に申し出ていただき、検査当日はペースメーカ手帳をご持参下さい。**

4. 各検査の注意事項等について

各検査における前処置等の注意事項につきましては、別紙の**RI検査予約票（SPECT）**に記載してありますので、そちらをご確認下さい。

5. キャンセル等について

放射性医薬品は、時間が経つと無効になり当日しか使用出来ませんので、予約日には必ずお越し下さい。
キャンセルは、必ず前日夕方16時までにご連絡下さい。

放射性医薬品は、非常に高価で予約人数分のみ購入しています。連絡なくキャンセルされた場合や時間に遅れて検査が出来なかった場合には、**放射性医薬品の費用を請求する場合があります。**（約3～4万円）

＿＿＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 同 席 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
※署名があれば捺印は不要です。 続 柄（ ）

代諾者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
続 柄（ ）
※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

公益財団法人甲南会 甲南医療センター

【同意書】/甲/ 中放 /SPECT /2019/8