|  |
| --- |
| **骨シンチ検査説明・確認書**   * この検査は、骨の代謝状態を画像化し、癌の骨転移、外傷等による微小骨折など、X線検査ではわかりにくい様々な骨の状態を調べることができる検査です。 * 放射性医薬品を静脈注射した後、3～4時間ほどお待ちいただき、約30分検査台に寝た状態で撮影を行います。同時に、吸収補正と位置確認用のCTも撮影します。 * この検査での被ばく量は、健康上特に問題となる量ではありません。 * 副作用として、過敏症反応（頻度不明）等が報告されていますが、極まれ（1万人に1人より少ない）です。 * この検査に使用する薬剤は、高価でかつ当日のみの使用期限です。前日の15時以降にキャンセルされた場合は、検査薬の費用を負担頂く場合があります。 |
| **検査同意書**  私は、この検査の有効性および限界、これに伴う危険性、検査前注意事項、料金などについて主治医より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。 また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。  ※同意に関するお考えが変わったときは、いつでも取り消すことができます。  　　　 年　　 月　　 日  説明医師 （署名）  患者氏名 （署名） |

|  |
| --- |
| **MIBGシンチ検査説明・確認書**   * この検査は、交感神経の状態を反映する放射性医薬品を静脈注射し、10分後と4時間後の2回、心臓を撮影します。　パーキンソン病や認知症の鑑別に使用されます。 * この検査での被ばく量は、健康上特に問題となる量ではありません。 * 副作用として、過敏症反応（頻度不明）等が報告されていますが、極まれ（1万人に1人より少ない）です。 * この検査に使用する薬剤は、高価でかつ当日のみの使用期限です。前日の15時以降にキャンセルされた場合は、検査薬の費用を負担頂く場合があります。 * [本検査における併用注意薬剤（別紙）](https://www.niigata-cc.jp/bumon/documents/shinkinkokan202406.pdf)を使用していると、正しい検査結果が得られない事があります。したがって、検査前の一定期間（半減期の５倍以上）、使用を中止して頂きます。中止が出来ない場合は、検査を受けることができません。 |
| 併用注意薬剤を使用していますか  いいえ  はい（半減期の５倍以上中止しています） |
| **検査同意書**  私は、この検査の有効性および限界、これに伴う危険性、検査前注意事項、料金などについて主治医より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。 また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。  ※同意に関するお考えが変わったときは、いつでも取り消すことができます。  　　　 年　　 月　　 日  説明医師 （署名）  患者氏名 （署名） |

|  |
| --- |
| **ダットスキャン検査説明・確認書**   * この検査は、パーキンソン症候群やレビー小体型認知症において発現量の低下が知られている、脳線条体ドパミントランスポーターの脳内分布を可視化します。 * 放射性医薬品を静脈注射した後、3～6時間程度お待ちいただきます。その後、30～40分検査台に寝た状態で撮影を行います。 同時に、吸収補正と位置確認用のCTも撮影します。 * この検査での被ばく量は、健康上特に問題となる量ではありません。 * 副作用として、過敏症反応（頻度不明）や、めまい/味覚異常（1％未満）が報告されています。 * この検査に使用する薬剤は、高価でかつ当日のみの使用期限です。前日の15時以降にキャンセルされた場合は、検査薬の費用を負担頂く場合があります。 * 検査に用いられる放射性医薬品はアルコールを5％程度含んでいるため、アルコールに過敏症（アルコール消毒薬を使用できないなど）の方は検査を受けることができません。また、注射後から撮影終了までは、車の運転をできませんのでご注意ください。 * [本検査における併用注意薬剤（別紙）](https://www.niigata-cc.jp/bumon/documents/datscan202506.pdf)を使用していると、正しい検査結果が得られない事があります。したがって、検査前の一定期間（半減期の５倍以上）、使用を中止して頂きます。中止が出来ない場合は、検査を受けることができません。 |
| アルコールに過敏ですか  いいえ  はい（検査はできません） |
| 併用注意薬剤を使用していますか  いいえ  はい（半減期の５倍以上中止しています） |
| **検査同意書**  私は、この検査の有効性および限界、これに伴う危険性、検査前注意事項、料金などについて主治医より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。 また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。  ※同意に関するお考えが変わったときは、いつでも取り消すことができます。  　　　 年　　 月　　 日  説明医師 （署名）  患者氏名 （署名） |

|  |
| --- |
| **ソマトスタチンレセプターシンチ検査説明・確認書**   * この検査は、対象となる病巣のソマトスタチン受容体の状態を調べるものです。 * ソマトスタチン類似体の放射性医薬品を静脈注射し、4～6時間後と24時間後の2回、それぞれに、1時間程度検査台に寝た状態で撮影を行います。同時に、吸収補正と位置確認用のCTも撮影します。 * この検査での被ばく量は、健康上特に問題となる量ではありません。 * 使用する注射薬の量は非常に少なく、重篤な副作用は報告されておりません。 * この検査に使用する薬剤は、高価でかつ当日のみの使用期限です。発注後のキャンセルはできないため、患者の都合で検査中止の場合、費用(約15万)を負担していただく場合がありますのでご承知ください（前週火曜日の15時まで）。 * ソマトスタチン受容体に作用する薬物による治療を受けている場合は、正しい検査結果が得られない事があります。長時間作用型の薬剤の場合、注射から3～4週間時間を空けて検査するのがよいとされています。病状にもよりますので、主治医とご相談ください。 |
| 併用注意薬剤を使用していますか  いいえ  はい |
| **検査同意書**  私は、この検査の有効性および限界、これに伴う危険性、検査前注意事項、料金などについて主治医より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。 また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。  ※同意に関するお考えが変わったときは、いつでも取り消すことができます。  　　　 年　　 月　　 日  説明医師 （署名）  患者氏名 （署名） |