

放射性医薬品による核医学検査の同意書（骨シンチ）

患者氏名： _____ 様

<説明内容>

核医学検査は「放射線を出す薬剤」を投与します。

（基本的に、CT 撮影も同時に実施します）

この検査はあなたの病気診断および治療にとって必要な検査となります。想定される被ばくによる影響は、ゼロではありませんが、有害事象が発生する確率はとても低く、問題にならない程度です。

（必要に応じて説明内容、説明に用いた書類は別紙として添付すること。）

別紙「 検査予約票 」のとおり

<キャンセル料金>

- 核医学検査（骨シンチ検査）で使用する放射性薬剤は、使用期限が極めて短く、高額なお薬となります。
- つきましては、患者さん自身の都合により検査をキャンセル又は延期され、お薬が使用できなくなった場合、当該薬剤の費用相当をご負担いただきます。
 - 患者さん自身の不注意で前処置が守られず検査が中止となる場合
 - 検査予定日に来院されなかった場合
 - 期限までにご連絡がなく、キャンセル又は延期される場合
 - 検査開始直前、開始後に検査拒否された場合
 - ◇ 期限は、検査前日の正午まで（大学病院の診療日での前日）。
 - ◇ 連絡先は受診している医師（紹介元の病院の担当医）まで
 - ◇

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師：

診療科： _____ 科 氏名： _____

長崎大学病院長 殿

上記について説明を受け、理解しましたので同意します。

本人又は代理人署名： _____ 続柄（ _____ ）

長崎大学病院