

放射性医薬品 (RI) 使用に関する説明書

患者名

様

説明年月日 _____

説明医師 _____

1. 検査名

- RI (核医学) 検査

2. 検査の目的

- 病気の有無の確認
- 診断のため
- 病気の進行度の確認

3. 検査の概要と注意事項

- RI 検査は、“放射性医薬品 (RI)” という薬の注射を行います。放射性医薬品 (RI) は、RI 検査で病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。
- 予約の検査でも、体調が優れない場合は検査を中止することがあります。ご自分で体調が悪く感じたら、検査3日前までにご連絡ください。連絡がない場合、薬剤の料金が請求される事があります。
- 放射性医薬品 (RI) を勢いよく注入する場合がありますが、その際、血管外に漏れることがあります。この場合、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には、時間が経てば吸収されるので心配ありません。しかし、漏れた量が非常に多い場合や皮膚の状態によっては別の処置が必要となることがありますので、放射性医薬品 (RI) の注入中に痛みを感じたり、何か心配なことがありましたら、速やかに医師、看護師又は放射線技師に伝えてください。
- 放射性医薬品 (RI) は、投与後、尿又は便から排泄されますので、検査後は十分に水分をとって排尿排便を促すようにして下さい。

4. 放射性医薬品 (RI) 使用に伴う副作用について

- 放射性医薬品 (RI) による副作用はごくまれで 10 万人あたり 1.0 ~ 2.4 人と非常に少なく、症状についても顔面紅潮、悪心、吐き気、めまい、皮膚発赤など、軽い症状のものがほとんどです。放射線による被ばくはありますが、検査 1 回あたりの被ばく量は 0.2 ~ 8 ミリシーベルト (mSv) 程度とされており、胸部 X 線検査や通常の CT 検査と同程度ですので、放射線による影響は、ほとんどありません。

5. 合併症への対応について

- 合併症が発生した場合、緊急度に応じて全力で治療いたします。副作用の程度によっては、高度の治療を要する場合があります。

6. 検査を行わない場合の不利益について

検査を行わない場合の不利益の内容について以下に挙げています。

■診断がつかずに治療が遅れる、又は、適切な治療を受けられない。

■再発の徴候などの発見が遅れることにより、適切な時期に治療を開始することができない。

その他 ()

7. 検査の同意撤回について

検査に関する説明を聞いて、同意されない場合は医師に「検査を行わない場合の不利益について」説明を受け、納得された上で意思決定してください。また、一旦同意されたあとでも撤回は可能です。その場合は、予約をした該当診療科に連絡してください。

8. 連絡先

■岩見沢市立総合病院 電話 (0126) 22 - 1650 (代表)

放射線医薬品 (RI) に関する問診及び同意書

検査を安全に行うために次の質問にお答え下さい

1. 今まで、放射性医薬品 (RI) (注射/点滴) を用いた検査を受けたことはありますか？
なし あり

→あると答えられた方へ、その時、副作用はありましたか？
なし あり : じんま疹、吐き気、嘔吐
その他 ()
2. 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
なし あり (なにで?)
3. 今までに喘息 (ぜんそく) と言われたことがありますか？
なし あり (時期:) わからない
4. 今までに腎臓のはたらきが悪い (腎不全など) と言われたことがありますか？
なし あり
5. 現在、心臓の薬を飲んでいますか？
いいえ はい (薬の名前:)
6. 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか？
いいえ はい (薬の名前:)
7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？
なし あり わからない

以上、検査の必要性と放射性医薬品 (RI) 使用に関する説明 (詳細は別紙にて) を行いました。

年 月 日 担当医師 _____

放射性医薬品 (RI) 使用に関する説明を理解し、検査を受けることに同意しました。

年 月 日 患者氏名 _____

患者代理氏名 _____

(患者との続柄:)

※患者の署名がある場合には代理署名は不要

この同意書は1年間有効です。

記入日 令和 年 月 日