

脳血流シンチグラフィ検査説明書

令和 年 月 日

フリガナ： _____

お名前： _____

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

予約日時：令和 年 月 日 時 分

※検査予約時間 30 分前までに 新東京病院本院（和名ヶ谷）放射線受付まで直接お越し下さい。

特記事項：特になし

◎核医学検査について

ガンマ線を放出する薬剤（放射線性医薬品）を注射し、身体の中から放出されるガンマ線を専用のカメラを用いて撮影を行います。この薬剤は特定の臓器や病気に集積しやすく、様々な『機能検査』に利用されています。また、検査内容により注射する薬剤の種類が異なります。

薬剤には放射性物質が含まれているため被ばくが伴いますが、放出される放射線は微量で、時間の経過と共に少なくなります。また、副作用の発生頻度は非常に低く安全です。

薬剤は高価ですが、健康保険が適応になります。

◎注意事項

- 普段から服用している薬がある方は、必ず医師にご相談ください。
- アレルギーをお持ちの方・妊娠の可能性のある方や妊婦の方・授乳中の方は必ず医師にご相談ください。
- MRI造影剤との同日検査は避けて下さい。
- 検査後、近日中の飛行機の搭乗される方は放射線セキュリティーアラームにより検出される場合がある為、事前にスタッフまでお知らせ下さい。

【脳血流シンチグラフィについて】

この検査は、脳組織の血流の状態などをみる検査です。認知症や脳梗塞などの診断に使われます。寝台に寝た状態で検査を行います。

〈検査の流れ〉

点滴確保

薬剤投与
(撮影2分→15分)

撮影
(30分)

所要時間：約1時間

☆ご不明な点がある場合や、ご都合で検査が受けられない場合は、事前に下記へご連絡ください。

〈お問い合わせ〉

新東京病院《予約担当窓口》 Tel 047-366-7100

日曜・祝日を除く月曜～土曜10時～12時・14時～17時

※電話の前に予約票または診察券をご準備ください。

連絡先 医療法人社団誠警会 新東京病院

TEL 047-711-8700

フリガナ： _____

お名前： _____ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

核医学検査同意書

この用紙は、あなたが受ける核医学検査の同意書になります。
担当医師より検査に対する説明を受け下記核医学検査の副作用と放射線被曝に関する
留意事項をご確認下さい。

1. 検査の概要

核医学検査は、からだの特定部位に集まる放射性同位元素（ラジオアイソトープ：RI）を用いた医薬品を静脈注射し、各臓器や組織に集まる状態を撮影し、機能や形態を調べる検査です。

2. 放射性医薬品の副作用について

顔面紅潮・悪心・吐気・めまい・気分不快・発疹などのアレルギー反応の報告がありますが0.1%未満(10万件あたり1.5件)と造影CTやMRIなどと比較し低くなっておりかつ注射量も少ないため殆ど心配ありません。また、重度の副作用の報告はありません。

3. 放射線被曝について

投与する放射性医薬品はごく微量な為、放射線被曝も少なく通常の投与方法では臓器に障害を及ぼすことはありません。被曝量は、一回のCT検査程度の為日常生活にも支障はありません。

CT検査 一回約2~8mSv程度

核医学検査 一回約0.2~8mSv程度

4. 負荷検査について

検査に応じて薬剤・運動負荷検査を行う場合があります。

薬剤負荷検査として使用される薬剤による副作用を認めることがあります。

アデノシン負荷薬剤 【禁忌】喘息 【副作用】胸痛・呼吸困難・不整脈など

運動（エルゴメーター）負荷 【禁忌】運動のできない方【副作用】なし

ダイアモックス負荷薬剤 【禁忌】肺疾患など【副作用】呼吸困難など

5. 注射もれ（血管外漏出）について

ごくまれに血管外に放射線医薬品が漏出することがあります。漏出した場合には、時間と共に体内に吸収される為心配ありません。また、その際、放射性医薬品の予備が無い為、当日の再検査ができません。翌日以降の検査になります。

当院では、万一の副作用などに対して、万全の体制を整えております。

患者様には、検査の必要性・放射性医薬品の副作用・放射性被曝などの理解を頂いた上で

より安全な検査を行って頂きます。

連絡先 医療法人社団誠警会 新東京病院

TEL 047-711-8700

令和 年 月 日

フリガナ： _____

お名前： _____ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

私は、核医学検査を受けるに当たり、下記の医師から説明文書に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。

以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。

なお、説明文書原本との同意書を受け取りました。

- 検査の目的・方法
- 検査の注意事項
- 検査に伴う危険性
- 連絡先

核医学検査同意書

新東京病院 病院長 殿

私は、予定された核医学検査の内容とその必要性の説明を受け納得しましたので、
検査を受けることを同意します。

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医師： _____

同席者： _____ 職種： _____

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意者(本人)： _____

【代諾者】

代諾者名： _____ 患者さまとの関係： _____