

## ダットスキャンシンチ説明及び同意書

(この同意書は、特定の放射性薬剤を使用するときに必要なとなります)

放射性薬剤を使用する検査について、使用薬剤の必要性、副作用、検査に伴う合併症について、また実施中に緊急の処置を行う必要性が生じたときは、適宜処置されることについても説明しました。注射後、かゆみ・吐き気・発疹・呼吸困難等の異常症状が出現した場合には病院へご連絡下さい。

当院では、スタッフが検査内容と問診票の項目を確認した上で、検査を開始します。わかる範囲で結構ですので、該当する項目に【○】を付けて下さい。

対象者	質問	回答欄	
皆様	ダットスキャンシンチプログラムの検査を受けたことがありますか？	はい / いいえ	
2	質問1で「はい」と	受けた施設は当院ですか？他院ですか？	当院 / 他院
3	お答えの方	注射して検査中および検査後にかゆみ、吐き気、発疹、呼吸困難等の症状が出たことがありますか？	はい / いいえ
皆様	アルコール過敏反応はありますか？	はい / いいえ	

※ご不明な点等ございましたら遠慮なくお尋ねください。  
 ※ご同意頂けた場合は下記書名欄に署名し検査日に持参ください。  
 ※当日キャンセルの場合は一部有料になります。

上記のとおり説明致しました。

年 月 日 時 分 [説明場所: 外来 / ]

(説明医師署名) 印

(立会者署名)

検査室確認

私は、上記事項について十分な説明を受けると共に質問する機会を得ました。その結果、次のとおりとしま  
 [下記項目で該当するチェックボックス  にチェック  をお願いします]

この説明により十分理解できましたので、上記事項について同意します。

上記事項について同意しません。

年 月 日 時 分 [署名場所: ]

小川赤十字病院 院長 あて

(患者本人署名) \_\_\_\_\_

(家族等署名) \_\_\_\_\_ [患者との続柄: ]