RI検査に関する説明と同意書

RI(放射性同位元素)を使用した検査を受けられる方へ

有効期日(3ヶ月)
年　　月　　日迄

1．RI検査とは

RIという体の特定の部位に集まる放射線を放出する薬剤を注射（検査によって内服）し、その後各臓器や組織に集まった状態を撮影する検査です。

これにより、各臓器や組織の機能・形態・状態を明らかにすることに役立ちます。

なお、検査に関する時間や検査のための注意事項は、検査部位により異なりますので、別紙「RI検査を受けられる方へ」をご参照お願いします。

2．RI検査の副作用について

RI検査に使用される薬剤の副作用はほとんどありません。

ただし、以下の検査では、次のような副作用がまれに起こる場合がありますが、いずれも一過性の症状で、特に治療を必要とすることは無いとされています。

脳DAT（ドパミントランスポーター）	注射後まれに動悸、顔面紅潮などの副作用
副腎皮質（^{131}I－アドステロール）	

検査をできるだけ安全確実に行うために「問診票」のご記入をお願いし、確認させていただきます。

3．放射線被ばくについて

RI検査は放射線被ばくを伴う検査です。

しかし、被ばくは少なく、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。

また、日常生活にも支障はありません。

以上の説明をご理解いただいた上で、同意書に署名をお願い致します。この同意書は検査に同意された日から3ヶ月間は有効とさせていただきますが、同意された後でも、いつでも撤回することができますし、次の検査までに、お気持ちが変わられた場合には、医師、看護師にお申し出ください。

【RI検査の説明】

私は患者様に上記事項について説明しました

年　　月　　日　　　　医師氏名

【RI検査の同意書】

私はRIを使用した検査の説明を受け、目的や方法、危険性について記載事項を読み理解したので、RI検査を受けることに同意します。また万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します

年　　月　　日　　　　ご本人の署名

＊未成年・本人記入が困難な場合　　代理人の署名　　　　（続柄　　　　）