

検査、治療、手術などの説明および同意書

患者ID:

カナ氏名:

説明日 20 年 月 日

患者氏名:

科 説明医師

生年月日:

同席者 職種

核医学検査（ドパミントランスポーターシンチ）

1. 検査適応の観点について

この検査は脳の線条体にあるドパミントランスポーターという部位に集まる性質があり、かつ放射線を放出する医薬品（以下、放射性医薬品）を用います。ドパミントランスポーターは神経伝達物質であるドパミンの再取り込みに関連しており、この放射性医薬品によってその分布を反映した画像、解析結果を得ることができます。

2. 実施予定の検査の目的および内容と方法について

この検査は放射性医薬品を静脈注射により投与し、その集積を観察することで、ドパミントランスポーターの存在する神経の状態を評価することを目的としています。放射性医薬品を投与し、そのおよそ3時間後にシンチレーションカメラという専用の装置を用いて検査します。

3. 検査の有効性について

この検査は放射性医薬品のドパミントランスポーターへの生理学的な集積を観察します。そのため、他の画像検査に比べ、生理学的機能を反映した画像を得ることができます。

4. 検査に付随する危険性と偶発症について

この検査で使用する放射性医薬品にはヨード成分、アルコール成分が含まれております。ヨード過敏症の方、アルコールに弱い方、またはこの薬剤に対して過去に過敏症などの症状があった方は必ずお申し出ください。また、この検査では放射性医薬品から放出される放射線により被ばくを受けます。ただし、放射性医薬品は必要最低限の量しか使用せず、また放射性核種の物理学的な半減期（放射線の量が半分に減衰するまでの期間）及び薬剤の体内からの排泄による生物学的な半減期に従って減衰します。そのため、薬剤の副作用や被ばくによる影響は非常に少なく、その安全性は確立されています。しかし、まれに薬剤による副作用があらわれることがあります。副作用の例としては次のとおりです。

- 過敏症（そう痒、紅斑など）
- 精神・神経系症状（頭痛、浮動性めまい、蟻走感）
- 感覚器症状（回転性めまい）
- 消化器症状（悪心、空腹、口内乾燥）
- その他（味覚異常、血腫、注射部位血腫、注射部位疼痛）

また、放射性医薬品を投与する際、注射針を刺すことによる神経障害、血管外漏出による潰瘍形成、コンパートメント症候群（神経麻痺など）などのリスクがあります。穿刺部位付近に強い痛みやしびれが発生した場合は、直ちに医師にお申し出ください。

※日常生活において突然生じる脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、致死性不整脈などの疾患は、検査・治療・手術中、検査・治療・手術後であっても、検査・治療・手術操作とは関係なく生じることがあり、場合によっては死亡に至ることがあります。

患者ID :

患者氏名 :

5. 偶発症発生時の対応について

偶発症発生時は医師、受診外来、救急外来などと連携し、速やかに対応いたします。なお、その際に生じた治療費については、原則、保険診療となります。

6. 受けられる検査の流れについて

検査はまず薬剤を注射し、その約3時間後に頭部の撮像（約1時間）を行います。詳細については検査予約票（別紙）とともに医師から、または診療放射線科にて必ず検査内容の説明を受けてください。また、この検査では画像に影響する可能性がある併用注意とされる薬剤があります。内服されている方は医師より休薬等の指示を受けてください。

※医師はD I 検索にて「ダットスキャン静注」を参照し、指示すること。

7. 他に選択可能な検査について

他に選択可能な検査につきましては医師より説明を受けてください。

8. この検査・治療・手術の同意を撤回される場合について

同意署名をして書類を提出した後でも、この検査・治療・手術が開始される前までは、やめることができます。また、複数回または継続して行われる場合にも、途中でやめることができますが、やめることの影響について医師から十分な説明を受けた上での判断をお願いします。同意の撤回に関する文書を用意させていただきますのでご署名をお願いします。

9. セカンドオピニオンについて

セカンドオピニオンを希望される場合にはお申し出ください。これにより患者さんに対しての当院の診療内容が不利益になることはありません。

10. 特記事項

患者さんには、最終的にこの検査・治療・手術を受けない自由、その他、侵襲性の低い検査・治療・手術を選択する自由があります。

大和市立病院長殿

上記説明を受け、質問する機会を得、その内容を十分に理解したうえで同意します。

同意書記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意人欄： 未成年の場合は、親権者の方が同意人としてご署名をお願いいたします。
ただし、15歳以上の未成年の患者の場合は、親権者の他に本人の署名もお願いいたします。

氏名(自署)

患者との関係 (本人・その他 : _____)

特記事項欄 (電話説明時などに使用、詳細はカルテ記載) :

日付 :

医療者署名 :