

お名前

様

予約日時

撮影日時

## ○検査当日の手順

検査予約時間の30分前に来院してください。

受付をされた後、RI室(地下)までお越しください。

検査予約票(この用紙)をご提出ください。

撮影は午後になります。検査時間は約30分かかります。

## ○お願い

検査日の変更ならびにキャンセルは下記まで御連絡ください。

成田富里徳州会病院 (代表) 0476-93-1001

放射線科 0476-93-1056

予定時間通りに検査を行うように努力しておりますが、緊急検査への対応や個々の検査毎に内容が異なるため、予約時間と実際の検査開始時間がずれることがあります。ご了承ください。

## ○検査前の食事は特に制限はありません。

## ○妊娠中の方は本検査は行えません。

授乳中の方、乳幼児を抱く可能性がある方は担当者にお申し付け下さい。

## ○放射性薬剤による副作用は少なく、10万人あたり1.6人～2.5人程度の発生頻度(0.0016～0.0025%)です。

## ○中枢神経刺激薬、三環系うつ剤、食欲抑制剤、コカイン系製剤、中枢神経興奮剤、選択的セロトニン再取り込み阻害薬を服用している場合は担当者にお申し付け下さい。

## ○本剤はアルコール成分を含んでいるため(0.016ml/1ml)、アルコールに弱い方は担当者にお申し付け下さい。注射当日はお車の運転は控えて下さい。

上記注意事項を確認し、検査内容に同意します。

同意日:令和 年 月 日

患者または代理人(続柄 ) 署名 \_\_\_\_\_

上記患者様に対して文書において検査について説明しました。

説明日:令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 科 担当医 \_\_\_\_\_