

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## RI検査（骨シンチグラフィ）を受けられる方へ

患者番号：

氏名： \_\_\_\_\_ 様

あなたの検査日時は、

注射  
撮影の予定です。

●注射当日は、注射予定の30分前までに受付を済ませて、患者基本票を放射線科（G）受付に提出してください。

検査に使用のお薬からは放射線が出ますので被ばくを伴います。  
放射線の量は時間経過と共に減少します。  
使用のお薬の放射線量は学会が示した診断参考レベルを基準としており、  
適切な画像診断ができる様に管理して行われています。



### 1. 検査のスケジュール

検査時間	スケジュール
	注射します
	検査は3時間後になります。 昼食をとっていただいてもかまいません。（他に同時に検査がある場合はそちらに従ってください） 検査開始の5分ほど前にG受付にお戻りください。
	検査を開始します。 検査直前にトイレで排尿してください。（きれいな写真を撮影するためです。） 検査時間は40分程度です。 カメラが体に近づくので圧迫感がありますが、検査中は体を動かさないでください。

### 2. 検査前のご注意

- 持続グルコース測定器（血糖測定）を装着の方は、そのままでは検査ができません。  
事前に必ずお知らせください。
- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。

### 3. お 願 い

- 検査に使用する薬剤は患者様の日時に合わせて発注しています。  
薬剤は高価で保存が効きません。  
体調不良などの理由で検査の延期、中止を希望される場合には、  
**必ず注射前々日の午前中（病院の診療日での前々日）までに下記にご連絡をお願いいたします。**

ご連絡先



JCHO久留米総合病院

TEL：0942-33-1211（代表）

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

# RI検査（骨シンチグラフィ）に関する説明・同意書

ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

1.注射・検査予定日： \_\_\_\_\_

2.検査・処置・手術名： **RI検査（骨シンチグラフィ）**

当院があなたに必要であると考えている検査とその検査に伴う副作用、検査中の 注意事項などについてのご説明です。検査を受けるかどうかの判断の参考にして下さい。

## 3.予定している検査と方法

放射性医薬品（放射線を放出する医薬品）を体内に注射し、そこから放出される微弱な放射線を検出して画像を撮影する検査です。

## 4.予測される合併症と危険性

- 検査に使用のお薬からは放射線が出ますので被ばくを伴います。  
放射線の量は時間経過と共に減少します。  
使用のお薬の放射線量は学会が示した診断参考レベルを基準としており、適切な画像診断ができる様に管理して行われています。
  - 検査薬は安全なお薬ですが、まれに副作用をおこすことがあります。
    - ①じんましん、かゆみ、低血圧、吐き気、嘔吐、目の充血、気分不良、発熱 など  
（頻度は不明）
- \* 副作用の多くは、検査の後、数時間までに起こりますが、ごくまれに遅れて見られることもあります。

## 5.以下の患者様については、検査薬が使用できない場合があります。

**分からない事や不明な点などは、必ず担当医師または検査担当者にご相談ください。**

- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。
- 持続グルコース測定器（血糖測定）を装着の方は、そのままでは検査ができません。  
事前に必ずお知らせください。

## 6.RI検査（骨シンチグラフィ）の注意事項

### 《検査薬注射前》

事前に血管確保を行います。  
手背(手の甲)に確保させていただく場合が多いです。  
注射をするときに、皮膚の近くにある神経が注射針によって損傷され、痛みやしびれが発生することがあります。  
ごくまれに、後遺症として神経障害が残ることもあります。

### 《検査薬注射中》

検査薬を注射する際、血管外に漏れて腫れることがあり、処置が必要になることがあります。  
検査開始までに針先に異常を感じたら、ためらわずにお申し出下さい。

### 《検査薬注射後》

検査開始まで3時間ほど時間があります。  
食事は通常通りしていただいて構いませんが、激しい運動はお控え下さい。  
注射後の排尿時には、尿に検査薬を含んでいるので衣類等に付着しないようご注意ください。  
また、おむつ、尿パッド等をご使用の場合には、お申し出下さい。

\*上記事項でご不明な点や質問がありましたら、遠慮なく担当医師におたずねください。

7.検査をキャンセルされた場合の薬剤費用の患者負担について

検査に使用する薬剤は患者様の日時に合わせて発注しています。

薬剤は高価で保存が効きません。

下記の様に患者様のご都合により検査をキャンセルまたは延期され、薬剤が使用できなくなった場合は、当該薬剤の費用相当をご負担いただきます。

- 患者様自身の不注意で前処置が守られず検査が中止となる場合
  - 検査予定日に来院されなかった場合
  - 期限までにご連絡がなく、キャンセルまたは延期される場合
  - 検査開始直前又は、開始後に検査を拒否された場合
- ※1)

キャンセル料 ¥28,930 (税込)

- 尚、注射前々日の午前中（病院の診療日での前々日）までにキャンセルされた場合は、キャンセル料は発生しません。キャンセルされる場合は早めに受診科にご連絡ください。

8.その他

- ①当病院は、症状を確定するためにRI検査を行う必要があると判断しましたが、この点に関し、あなたは他の医師や病院の判断を求めることができます。もし、他の医師や病院の判断を求めたい場合は、随時対応いたしますのでその旨お知らせ下さい。
- ②RI検査について、今すぐ同意をする必要はありませんので、更にお考えになられる際はその旨お知らせ下さい。（緊急時は除きます。）
- ③早期検査が必要と判断していますので、早期に検査されることをお勧めします。
- ④当該検査についての同意は、実施前であれば取り消すことができますが、※1)のように患者様のご都合によりキャンセルされた場合は、当該薬剤費用をご負担していただきます。

RI検査（骨シンチグラフィ）について上記の記載事項のとおり説明しました。

説明日： 2026年4月28日

説明医師： ㊟ (自筆の場合、印不要)

説明医師以外の同席者： ㊟ (自筆の場合、印不要)

同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院 院長殿

私は、上記事項について十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。また、上記検査を実施中にその他の処置が必要となった場合についても、併せて承諾いたします。

RI検査（骨シンチグラフィ）を受けることに

同意します。 ※該当するものにチェックを入れて下さい。

同意しません。

同意日：	年 月 日	<input type="checkbox"/>	代筆の場合は✓をして下さい
患者氏名：	_____		
生年月日：	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
同席者・代筆者氏名 (20歳未満の場合は必須)：	(患者さんとの関係 )		
(親権者、後見人、親族など理解補助者)			
同席者・代筆者住所 (20歳未満の場合は必須)：	_____		