

検査同意書 (アミロイド PET)

同意事項

1. 検査にあたり【PET-CT 検査予約票】の注意事項をよくお読みください。
2. 放射性薬剤 (^{18}F -FBB) を静脈注射して撮影を行います。
3. 装置や周辺機器のトラブルにより検査時刻の遅延や検査中止になる場合があります。
4. 医学研究及び医療発展のために、画像データをご本人に確認しないで使用する場合があります。(氏名やIDについてはプライバシーが保護されます。)
5. 検査結果は後日、主治医の先生より説明をお受けください。

孝仁病院 PET 画像診断センター センター長 殿

私は、アミロイド PET 検査を受けることに同意します。

年 月 日

本人氏名

(代筆者

続柄

)

問診票 (アミロイド PET)

検査日 / /

氏名	電話 ()
住所	

1. 普段から内服している薬はありますか？ はい いいえ

2. 現在当てはまる症状に○をつけてください

痛みがある 腫れている しこりがある 発疹がある かゆみがある

その他 () 該当なし

3. この一年間に特定健診、高齢者健診を受診しましたか？ はい いいえ

(受診時期 年 月頃) (指摘事項)

4. 今までに治療や手術を受けた、または治療中の病気はありますか？ はい いいえ

* (病名) (歳頃) (治癒 - 治療中)

* (病名) (歳頃) (治癒 - 治療中)

* (病名) (歳頃) (治癒 - 治療中)

* (病名) (歳頃) (治癒 - 治療中)

* (病名) (歳頃) (治癒 - 治療中)

* (病名) (歳頃) (治癒 - 治療中)

5. アレルギーはありますか？ はい いいえ

消毒用アルコール綿 薬品 食品 花粉 その他 ()

6. 以下に該当はありますか？ はい いいえ

ステント(脳) クリップ(脳) ポート シェント 人工肛門(ストーマ)

人工関節 入れ歯 かつら(ウィッグ等) 他 ()

7. 閉所恐怖症はありますか？ はい いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得し、活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力ください

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ はい いいえ