

# アミロイド PET 検査同意書

(依頼検査用)

- (1) アミロイド PET 検査は薬剤（ビザミル®）を静脈注射します。この薬剤はヨード造影剤、MR 造影剤等とは全く異なり、重篤な副作用の報告はありませんが、一般的な注射時の痛みや血管の反応などで気分が悪くなる場合もごくまれにあります。このような場合は速やかに対処いたします。
- (2) アミロイド PET 検査に使用する薬剤は少量の放射能を含みますが、将来にわたって起こりうる放射線障害を心配するような量ではありません。ただし、念のために放射線に感受性が強いとされている妊婦や乳幼児との検査当日の接触はなるべく避けるようにしてください。
- (3) 体内にペースメーカー、金属等が入っている方は予めお申し出ください。
- (4) 現在妊娠中または妊娠している可能性のある場合や授乳中の方はご受診できません。
- (5) やむを得ず検査をキャンセルする場合は 2 営業日前の正午までにご連絡ください。それ以降にキャンセルした場合、薬剤代 110,000 円（税込）をご負担いただく場合がございます。
- (6) 検査結果は後日、ご紹介元の主治医に郵送いたします。当クリニックからご本人様への検査結果の説明は行いません。
- (7) 個人情報には当院にて厳密に管理致しますが、個人情報の秘匿を前提とした上、診療データの提供による臨床研究への協力につきまして、予めご理解ください。
- (8) 交通事情による薬剤の配達遅れや装置故障などで、検査が遅れる場合や実施できない場合もありますので、ご了承ください。

---

厚生仙台クリニック 院長 殿

私は、上記の説明を読み十分理解した上で、検査を受けることに同意します。

また、検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_