

# 確認書 兼 同意書 ( PET検査用 )

地域医療用

年 月 日

フリガナ 患者氏名	様	性別 男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( 歳 )
--------------	---	-----------	------	------------	-------------

以下に該当する方は原則検査できません、まずご確認ください

- ① 検査前の空腹時血糖を、200mg/dl以下にコントロールできない
- ② 移動はストレッチャー、または車椅子で介助が必要である
- ③ オムツや採尿バックを使用中で、ご自分で交換や廃液ができない
- ④ 注射後1時間程度、一人で静かに待機できない
- ⑤ 撮影中(約30分)静止ができない
- ⑥ 妊娠中または妊娠の可能性がある

上記に該当する項目がある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (原則検査できません)
--------------	------------------------------	---

## 検査前チェックリスト

身長・体重	cm Kg	高カロリー輸液	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(介助不要)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(空腹時血糖 mg/dl)
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	インスリン注射	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	水分制限	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(飲水 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
授乳中	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	特記事項	

- 当院発行の「医療機関向けPET検査のご案内」「PET検査ご依頼の先生方へ」などを参考に患者さんに検査の説明をお願いします。
- 患者さんに「PET検査予約票」「PET検査をお受けになる患者さんへ」「検査の流れと注意事項」を渡し、よく目を通していただけるようご指示ください。
- 下記同意書に先生と患者さんの署名をお願いします。

## PET検査同意書

私は、PET検査の必要性とその内容および検査の限界、これに伴う不利益、注意事項などについて主治医より説明を受け理解しましたので、検査を受けることを同意します。

年 月 日

説明医師(署名) \_\_\_\_\_

患者本人(署名) \_\_\_\_\_

代理人(署名) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_