

検査予約票

I D 番号： —

氏 名： 様

検査種： 骨シンチ検査

検査予約日時： 年 月 日 ()

9時 15分 1階 新患受付

9時 30分 診察・注射 (地下1階R1室)

15時 または 15時30分 撮影(地下1階R1、最大30分程度)

【注意事項】(よくお読みください。)

• 検査予約日の9時15分にこの用紙と保険証を持って、1階 新患受付にお越しください。

(当院の診察券をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。)

• 「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。

• 食事は普通にとってかまいません。

• 妊娠疑い、妊娠中または授乳中の方は、検査を受けられません。

• 検査は原則的に衣服を着たままで行います。

• 緊急検査等により予約時間より遅れることもあります。ご容赦下さい。

【安全に検査を行うために、以下のことをお守りください】

• かかりつけの先生から「付き添いが必要」と指示された方は、ご家族の付き添いをお願いします。

《放射線の影響について》

放射線による人体への影響には、大きく2つ、確定的影響と確率的影響があります。

• 確定的影響とは、ある一定の線量(しきい値)を超えると影響(脱毛・白内障・皮膚障害等)の発生率が増加するというものです。1回のR1検査の放射線量では、しきい値を超えて確定的影響が発生することは、ほとんどないとされています。

• 確率的影響とは、しきい値がなく、放射線量が増えるほどに影響(がん・遺伝的影響等)の発生率が増加すると考えるものです。しかし、1回のR1検査では超えることのない100mSv(ミリシーベルト)より低い放射線量では、直線的にリスクが上がるかどうかは明らかになっておりません。

《放射線量》

• 骨シンチの放射線量は、3~4mSv程度です。

【その他】

※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約19,000円です。

※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し、検査予約日の前日午前中までに、地域医療連携室までご連絡ください。