

关于 PET/CT 检查陪护的知情同意书（陪护人员用）

ID _____ 说明日期 _____
姓名 _____ 说明医生签字或盖章 _____
出生年月日 _____ 诊疗科室 _____ 说明医生 _____
性别 _____ 在席工作人员签字或盖章 _____

PET/CT 检查是在放射线管理区域内进行。在放射线管理区域内的检查室，常驻工作人员无法时刻陪同进行检查。接受检查的人，在检查过程中需要独自移动。为了检查能够安全地进行，请陪同在侧，配合接受检查。

1. 符合以下情况者，需要陪护。

- 日常生活动作需要看护及介护的情况。例如，高龄・未成年・步态不稳（容易跌倒），移动时需要使用拐杖，轮椅，步行器，独自如厕困难或无法自行更换纸尿裤・尿片，无法移动到检查台等。
 - 听觉・视觉障碍，痴呆症，癫痫病既往史，身体状况不佳，病情不稳定等情况
 - 严重焦虑
 - 日语会话及书写困难，需要口译人员陪同
 - 本院工作人员判断，需要陪护的情况
- ※未成年人，孕妇，有怀孕可能性的人，无法陪护。

2. 检查时间大约需要 3 个小时左右。直到检查结束为止，都不能出检查区域。

3. 陪护人员也会受到核辐射。其辐射量属微量，是一般体检中胸部 X 线检查 1 到 2 次的辐射量。对日常生活没有影响。

4. 放射线管理区域内，除了补充水份外，禁止饮食。请勿携带食物。

※因日本和其他国家的语言和制度上的差异，对本资料有不同的解释时，以日语为准。

同意日期

_____ 年 _____ 月 _____ 日 陪护人 签名

_____ (关系)

说明人 签名

PET/CT 検査同伴に関する説明と同意書（付添者用）

ID _____ 説明日 _____
氏名 _____ 説明医師自署または記名押印
生年月日 _____ _____ 印
性別 _____ 同席スタッフ自署または記名押印 _____

PET/CT 検査は、放射線管理区域内で施行します。放射線管理区域内の検査室には、常時スタッフが付き添うことはできません。検査中は検査を受けられる方に、おひとりで移動していただくこととなります。安全に検査を受けていただくために、お付添い・介助をお願いいたします。

5. 次のような方はお付添が必要です。

- 高齢者・未成年・歩行時ぶらつく（転倒したことがある）、移動には杖や車椅子・歩行器などを使用する、おひとりでトイレの利用やオムツ・尿取りパットの交換などが難しい、検査台への移動が困難など、日常生活動作に見守りや介助が必要な方
- 聴覚・視聴障害、認知症、てんかんの既往がある、体調不良、病状が不安定な方
- 不安が強い方
- 日本語が読めない、日本語が話せない、通訳が必要な方
- 当院スタッフが付き添いを必要と判断した場合

※未成年、妊娠中の方、妊娠の可能性のある方はお付添することはできません

6. 検査時間はおよそ3時間かかります。検査終了まで検査室から出ることはできません。
7. お付添いの方も、一般の健康診断で行うような胸部 X 線撮影 1~2 回程度の軽微な放射線を浴びますが、日常生活には影響ありません。
8. 放射線管理区域内では、水分摂取しかできません。食べ物は持ち込まないようお願いします。

同意日

_____ 年 _____ 月 _____ 日 付添者氏名

_____ (続柄)

説明者氏名
