患者氏名　　虎の門病院登録番号　　【病院用】
生年月日

負荷心筋血流シンチグラフィに関する意思確認書（紹介検査用）

(ご紹介元) 医療機関名　　説明医師

同席者署名　　☐ 同席者なし

実施予定日：　　年　　月　　日

■狭心症や心筋梗塞などの診断を行う検査です。

■心臓に負荷（薬剤、運動あるいは両方）をかけて放射性医薬品を注射し撮影を行います。4時間後にも撮影を行います。

■費用は3割負担の方で約2万5000円程度です。

予想される合併症・偶発症・その他の危険性と対処方法

運動負荷や薬剤負荷、放射性医薬品の注射により、以下のような危険性があります。

運動負荷：狭心症、ごくまれに心筋梗塞が起きる可能性があります。
検査中、胸が痛い、苦しいなどの症状を感じられた場合はすぐにお申し出下さい。

薬剤負荷：体のほてり、胸痛、呼吸困難などの症状が、30%程度の頻度で起こると報告されていますが、ほとんどはすぐに消失します。アデノシンによる薬剤負荷で心筋梗塞となる可能性は、0.1%未満と報告されています。
過去に気管支喘息と診断されたことがあったり、気管支喘息の治療中の方は、アデノシン負荷により発作が誘発される場合があります

核医学検査では放射線の影響を避けることはできませんが、受ける放射線の量はわずかなため、通常の検査で身体に障害を及ぼすことはないと考えられます。

検査に際しては、必ず医師と看護師が付き添い、心電図と血圧、脈拍などの観察を行います。

また、検査室には合併症や副作用に対処するために必要な薬剤や機器を常備しています。

患者個別リスク　☐ なし　☐ あり　[　　]

要望・質問・同意の撤回について

同意を撤回しても不利益を受けることはありません。

この検査についてご質問等がございましたら遠慮なく主治医、または検査室にご相談ください。

虎の門病院長　殿

私は、上記説明を受け、質問、要望の機会も与えられ、内容について理解しました。

私は、説明された診療行為について、以下のように決定しました。

☐ 受けます

☐ 受けません

年　　月　　日　　時　　分

■患者署名(自筆)　　(代筆者：　　続柄：　　)

■代理判断者署名(自筆) *　　(続柄：　　)

同席者*：　　(続柄：　　)、同席者：　　(続柄：　　)

連絡先(患者と異なる場合)　　電話番号:

*緊急時を除き、未成年者の場合は親権者、患者本人が署名できない場合は意思決定を代行できる同席者の署名が必要です。

虎の門病院

2026年4月作成 管理番号 23-19-1

患者氏名　　虎の門病院登録番号　　【患者控】

生年月日

負荷心筋血流シンチグラフィに関する意思確認書（紹介検査用）

(ご紹介元) 医療機関名　　説明医師

同席者署名　　☐ 同席者なし

実施予定日：　　年　　月　　日

■狭心症や心筋梗塞などの診断を行う検査です。

■心臓に負荷（薬剤、運動あるいは両方）をかけて放射性医薬品を注射し撮影を行います。4時間後にも撮影を行います。

■費用は3割負担の方で約2万5000円程度です。

予想される合併症・偶発症・その他の危険性と対処方法

運動負荷や薬剤負荷、放射性医薬品の注射により、以下のような危険性があります。

運動負荷：狭心症、ごくまれに心筋梗塞が起きる可能性があります。
検査中、胸が痛い、苦しいなどの症状を感じられた場合はすぐにお申し出下さい。

薬剤負荷：体のほてり、胸痛、呼吸困難などの症状が、30%程度の頻度で起こると報告されていますが、ほとんどはすぐに消失します。アデノシンによる薬剤負荷で心筋梗塞となる可能性は、0.1%未満と報告されています。
過去に気管支喘息と診断されたことがあったり、気管支喘息の治療中の方は、アデノシン負荷により発作が誘発される場合があります

核医学検査では放射線の影響を避けることはできませんが、受ける放射線の量はわずかなため、通常の検査で身体に障害を及ぼすことはないと考えられます。

検査に際しては、必ず医師と看護師が付き添い、心電図と血圧、脈拍などの観察を行います。

また、検査室には合併症や副作用に対処するために必要な薬剤や機器を常備しています。

患者個別リスク　☐ なし　☐ あり　[　　]

要望・質問・同意の撤回について

同意を撤回しても不利益を受けることはありません。

この検査についてご質問等がございましたら遠慮なく主治医、または検査室にご相談ください。

虎の門病院長　殿

私は、上記説明を受け、質問、要望の機会も与えられ、内容について理解しました。

私は、説明された診療行為について、以下のように決定しました。

☐ 受けます

☐ 受けません

年　　月　　日　　時　　分

■患者署名(自筆)　　(代筆者：　　続柄：　　)

■代理判断者署名(自筆) *　　(続柄：　　)

同席者*：　　(続柄：　　)、同席者：　　(続柄：　　)

連絡先(患者と異なる場合)　　電話番号:

*緊急時を除き、未成年者の場合は親権者、患者本人が署名できない場合は意思決定を代行できる同席者の署名が必要です。

虎の門病院

2026年4月作成 管理番号 23-19-1