

カルテ番号 _____

品川メンタルクリニック品川本院 品川メンタルクリニック梅田院 (←該当する院に☑してください)

<光トポグラフィー検査 説明、同意・申込書>

この説明、同意・申込書は、光トポグラフィー検査の内容を正しくご理解いただくためのものです。ご理解頂けましたら口に✓をご記入ください。

1.検査の目的と期待される効果

この検査の目的は、問診による診断をより確かな診断に近づけようとする事です。この検査で得られた結果が今後の治療をより適切なものとする、ひとつの手がかりとして役立つと期待されています。(※あくまで診断を補助するものです。)

2.対象となる患者様

うつ症状を有していて、双極性障害又は統合失調症が疑われる症状を呈すること等により、うつ病と双極性障害又は統合失調症との鑑別が必要な患者様が対象となります。脳器質的疾患に起因するうつ症状(例：脳梗塞後の抑うつ)の患者様は対象外となります。

3.実際の測定方法

検査のための装置を頭部に当て、近赤外光を用いて脳を働かせる課題を行う際の脳の血流状態を測定します。検査結果に影響する可能性があるため整髪料や化粧品は控えめにし頂き、かつらやウィッグは外して頂きます。

4.予想される危険性

用いられる近赤外光は曇りの日の光より弱い光ですので、安心して検査をお受けいただくことができます。

5.注意事項

- ①6~8割の精度でうつ病・双極性障害・統合失調症を鑑別する結果が出ていますが、精神疾患の有無を確定証明するものではありません。
- ②この検査は治療ではありませんので、この検査によって、直接病状がよくなることはありません。
- ③計測不良で判定が困難なこともあります。

6.費用

この検査は健康保険の対象外(自由診療)です。検査費用は、検査当日中にお支払い頂きます。
お支払方法は、現金払い、クレジットカード払いのいずれかからお選び頂けます。
検査費用は 2,980円(税込)となります。

7.プライバシー

この検査によって得られた結果は学術的報告や医学教育に用いられる可能性はありますが、特定の個人を識別できる診療情報が外部に漏れることはありません。

8.同意の撤回

一旦同意書に署名・捺印された場合でも、いつでも同意を撤回し、検査を中止することができます。
中止する場合には、その旨を医師にお伝えください。

※クレジット契約の精算は、クレジット会社所定の方法によります。

以上、私は光トポグラフィー検査を受けるにあたって、本書に記載されたすべての事項についてその内容を十分に理解しました。
その上で、この検査を受けることに同意し申込みます。

同意年月日: _____年 _____月 _____日

患者(本人)氏名: _____ 印

住所: _____

※代諾者 氏名: _____ 続柄() 印

住所: _____

(※本人が未成年者の場合は法定代理人)

医療法人社団翔友会

品川メンタルクリニック品川本院

東京都港区港南 2-6-3 シントミビル 5F

TEL:0120-772-248

品川メンタルクリニック梅田院

大阪市北区梅田 2-6-20 パシフィックマークス西梅田 B1F TEL:0120-809-270

