

カルテ番号 _____

新宿ストレスクリニック本院 新宿ストレスクリニック梅田院 新宿ストレスクリニック名古屋院 (←該当する院に☑してください)

＜光トポグラフィー検査 同意・申込書＞

この同意・申込書は、光トポグラフィー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

検査を行うことで、問診による診断をより確かな診断に近づけようとするものです。
この検査で得られた結果が今後の治療を適切なものとする、ひとつの手がかりとしていきます。(※あくまで診断の補助となります。)

□2.対象となる患者様

うつ症状を有していて、双極性障害・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(例：脳梗塞後の抑うつなど)に起因するうつ症状は対象外となりますのでご注意ください。

□3.検査について

検査のための装置を頭部に当て、近赤外光を用いて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ので整髪料や化粧品は控えめにし、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より弱い光で、安全性は広く認められています。

□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

検査費用は健康保険診療の対象外(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。
支払方法は、現金払い、クレジットカード払いの中からお選び頂けます。
検査費用は 6,490 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。

- ※割引券の利用やご契約内容により、上記のとおり精算できない場合がございます。
- ※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。

日付： _____ 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

新宿ストレスクリニック本院

東京都新宿区西新宿 6-5-1 新宿アイランドタワー25F TEL: 0120-772-248

新宿ストレスクリニック梅田院

大阪市北区梅田 2-6-20 パシフィックメット西梅田 B1F TEL: 0120-809-270

新宿ストレスクリニック名古屋院

愛知県名古屋市名東区名駅 5-7-30 名駅東ビル 2F TEL: 0120-726-980

医師： _____

