

## 様式1 検査ご希望の方へ

### 光トポグラフィー検査を用いたうつ状態の鑑別診断補助を希望される方へ

下記(1)～(8)の内容を十分理解した上で、様式3の同意書兼検査申込書に署名をお願いします。

#### (1) 光トポグラフィー検査の目的

うつ状態の鑑別診断補助を目的とした検査です。問診による診断をより確かなものとする手がかりになります。

#### (2) 対象となる方

『国際疾病分類第10版（ICD-10）において、統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害に分類される疾患（F2）、気分（感情）障害の疾患に分類される疾患（F3）のいずれかの疾患の患者であることが強く疑われるうつ症状の者（器質的疾患に起因するうつ症状の者を除く）に係るものに限ります。したがって、脳梗塞や頭部外傷など脳に明らかな病変がある場合やパーソナリティ障害、てんかんなどのメンタル疾患によるうつ状態の方は対象となりません。

#### (3) 検査方法

検査のために帽子状の装置をかぶり、脳を働かせる課題を行う際の血液量変化を、近赤外光（赤外線的一种）を用いて測定します。

#### (4) 予想される危険性

近赤外光は、テレビのリモコンなどにも用いられる、曇天の日光よりも弱い光で、安全性は広く認められています。

#### (5) 費用

当院での光トポグラフィー検査は全額自己負担（税別12,000円）となります。

これには検査担当医から紹介元医療機関に対する検査報告書作成料も含まれています。

#### (6) プライバシーについて

個人を特定できる情報が外部に漏れることはありません。

#### (7) 光トポグラフィー検査実施に際しての注意点

これまでの検討では約6～8割の精度で臨床診断（うつ病・躁うつ病・統合失調症）を支持する結果がでています。

しかし、この検査は精神疾患の有無や診断名の証明、診断の自動判定をするものではありません。

検査結果は鑑別診断の補助として役立ちますが、検査による直接的な治療効果はありません。

個人情報以外の検査データは、集团的かつ統計学的に処理し、学会報告などに用いる可能性がございます。

#### (8) 本人の同意および情報提供書の必要性について

光トポグラフィー検査は、ご本人が同意し、基本的に主治医からの情報提供を持参できる方のみ実施いたします。

以上（Ver. 1.1）