

核医学検査の医療被ばくに関する説明書

□核医学検査について

微量に放射線を出す薬（放射性薬剤）を体内に投与し、体内から発生する放射線をもとに薬剤の集積する部位や集積の程度を画像化し、病気の診断を行う検査です。放射性薬剤は、注射や飲んだりして体内へ投与します。検査の目的に応じて、追加の検査や繰り返し検査をする場合、CT検査を追加する場合があります。

□検査の正当化(必要性)について

核医学検査では放射線を用いるため、少なからず被ばくを受けます。従って、検査の必要性が被ばくのリスクを上回ると考えられる場合のみ検査を行います。ご理解した上で検査を受けて頂けるようにお願いします。なお、ご不明な点は、スタッフにお問い合わせください。

□線量の最適化について

当院では、法令や関連学会のガイドラインをもとに最適な条件で検査を行い、放射線による被ばくを必要最小限にすることを実践しています。特に放射性薬剤の投与量に関して厳密に管理された投与を行うことで最適化に対する取り組みを行っています。

□被ばく線量について

核医学検査による被ばく線量を示します。実際には、体重、検査部位や検査方法によって異なりこれより多くなることもあります。一般的には、100mSv以下の放射線被ばくによる影響はほとんどないと考えられています。また、発がんのリスクにおいても、食事やストレスなど放射線以外の因子によるものと区別できないと言われています。

□身の回りの放射線について

自然放射線やX線検査による被ばく線量を示します。私たちは、食べ物や大地などから1年間で平均2.4mSvの自然放射線による被ばくを受けていると言われています。日本では年間2.1mSvですが、多い地域では年間約30mSvという地域もあります。また、航空機に乗ると宇宙から飛来する放射線の影響のため、東京～ニューヨークの往復で0.11～0.16mSv被ばくすると言われています。

当院の核医学検査による被ばく線量

検査部位	被ばく線量 [※] (mSv)
脳	5
心筋	15
肺	4.0
骨	4.0
甲状腺	2.0
腎	1.5
核医学検査に伴うCT撮影	0.8～2.2

※ 国際放射線防護委員勧告 (Pub.128) のデータより算出



環境省 HP より引用

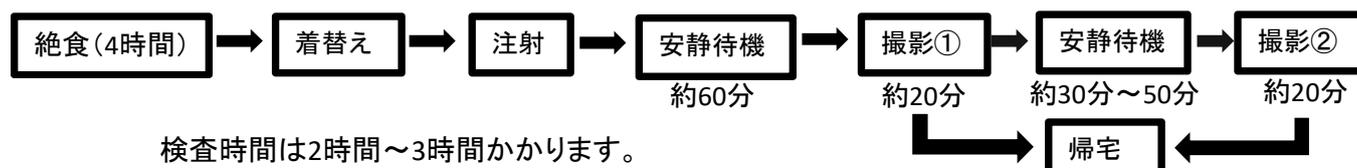
PET/CT予約日は

となります

検査30分前に初診受付にて受付を済まされ、放射線科外来にお越しください。

PET/CT検査について

必要に応じて2回目の検査を行います



使用する薬品を遠方より陸路にて運んでいるため交通事情等により検査開始時間の遅延や当日検査ができない場合があります。ご了承ください。

PET検査の注意事項

- 予約のキャンセルについて
検査当日のキャンセルはご遠慮ください。1検査に1本の薬を用意しており、**キャンセル料が発生しますのでご注意ください。**キャンセルは前日までをお願いします。検査前日の15時～17時の間に来院確認の電話をさせていただきます。(前日が休診の場合、休診の前日に行います) 来院時間の詳細は前日電話でお知らせします。
- 保険適応について
保険適応の条件を満たさない場合は自費にて検査を施行することになりますのでご了承ください。
- 運動について
検査前日、当日は検査に影響することがあるので激しい運動は避けてください。(ジョギング、水泳、カラオケ、力を使う仕事等)
また、来院時の自転車や長距離の歩行は、検査に影響することがありますので避けてください。
- 食事、薬について
4時間以上の絶食が必要になります。糖分を含まない水やお茶に限り、飲むことができます。検査が午前の方は**朝食を召し上がらないでください。**検査が午後の方は**昼食を召し上がらないでください。**飴やガムも控えてください。心臓病や高血圧等の薬は通常通りに内服をして下さい。
- **糖尿病で血糖降下剤、インシュリン注射を服用されている方**
検査に影響を与える場合があります。**服用方法を主治医とご相談ください。**
基本的には午前中の検査となります。午後の検査のとなっている場合はご相談ください。
低血糖症状改善のために飴や砂糖をご持参ください。
- 妊娠の可能性のある場合は主治医にご確認ください。
- 検査終了後
PET/CT検査は放射線を出す薬を使用しているため、検査終了当日は周囲に対する放射線の影響が考えられます。
乳幼児、妊婦との接触は避け、公共機関、人混み、職場などへの長時間の滞在は控えてください。

PET/CT検査に関する同意書

徳山中央病院 R I 室

TEL. 0834 (28) 4411

様

検査を受けられるにあたって、以下の点をご理解下さい。

1. 検査の所要時間

通常の所要時間は2時間から3時間です。

機器トラブル、交通事情などにより時間の延長あるいは当日検査ができない場合がございます。

この場合は検査日時の変更をさせていただきます。ご了承ください。

2. 検査の安全性について

この検査ではごく少量の放射性物質を含んだお薬（18F-FDG）を静脈注射により体内に投与します。

このお薬による重篤な副作用の報告はありません。

放射線被曝は胃の透視検査の半分程度であり、将来的な放射線障害を心配する必要はありません。

この検査は妊娠中、授乳中の方には原則として行うことができません。

3. 診断精度について

この検査は多くのがんについて、優れた診断能を有することが知られていますが

下記よりがんを診断できない場合もあり、追加の検査を必要とする場合がございます。

- ・がんの種類、大きさ、部位、性質などの諸条件により検出されにくいことがあります。
- ・炎症、良性疾患、筋肉や腸管の運動などにより正常部位にもお薬が集積する場合があります。

4. 自費で検査を受ける場合

この検査の保険適用は、一部の疾患について、定められた条件を満たした場合に限られています。

健康保険適用の条件を満たさない場合、自費にて検査を施行することがあります。ご了承下さい。

5. よりよい検査を行うために30分程度の時間変更がある場合があります。前日の電話にてお知らせします。

6. 当日のキャンセルについて

高価な薬品を、1検査につき1本準備します。

自己都合による当日のキャンセルの場合、薬品代を負担して頂く場合があります。

このようなことを可能な限り防ぐ為に検査の前日に確認の電話をさせていただきます。連絡可能な電話番号を教えてください（検査前日が休診の場合は休みの前日にします。）

電話の時間は15：00～17：00の間です。

TEL _____

使用する薬品の量を決定するにあたり、あなたの体重を教えてください。

_____ kg

以上の内容につき、担当より説明を受け十分理解しましたのでPET/CT検査を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日 患者氏名 _____

承諾者氏名（続柄） _____

() _____

説明者氏名 _____

年 月 日

放射線検査に関する同意書

患者番号： _____ 患者氏名： _____ 様

説明者： _____ (印)

同席者： _____ 記名押印又は署名

検査前の依頼医による確認事項（該当する内容の□にチェックを）

放射線検査（CT検査、**核医学検査**、血管造影検査・IVR治療等）について

患者さん本人または代諾者に対し、検査の必要性が被ばくの危険性を上回る見込みを説明しました。

- 1 病名
- 2 現在の病態・病状
- 3 検査・治療の目的及び方法
- 4 検査・治療日
- 5 予測される効果と危険性
- 6 他に考えられる診断・検査・治療法
- 7 検査・治療を行わない場合の予後予測
- 8 セカンド・オピニオン（他の医師の意見を聞く）を受ける機会があります。
もし、ご希望があればご紹介します。

独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院長 殿

私は、医師（説明者）から、上記および別記説明書に記された事項について説明を受けました。また、検査・治療に関する方法、必要性、危険性、副作用等について十分に理解しました。

以上のもとで、この検査・治療を受けることに同意します。

年 月 日

患者本人（氏名） _____

同意者（氏名） _____ 続柄 _____

（注：本承諾書はいったん複製の後、検査当日に持参して頂きますが、検査前であれば撤回のお申し出も可能です。）