

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

様

MIBGシンチグラフィ予約日は

となります

30分前までに再来受付機にて受付を済ませ、放射線科にお越しください。

入院中の方は呼びしますので病室でお待ちください。

MIBGシンチグラフィについて

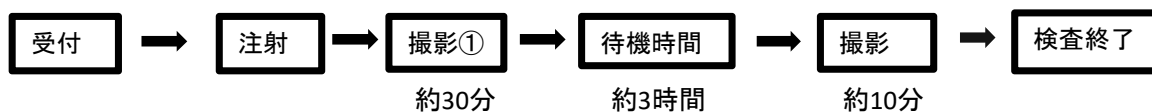
●検査について

心臓の交感神経の状態からパーキンソン病やレビー小体型認知症の診断や神経変性疾患に伴う自律神経障害などの評価を行う検査です。

撮影中は仰向けで検査を行います。検査中は動かない様をお願いしております。

●検査の流れ（検査時間は約3時間半となります。）

待機時間中はご自由にお過ごしいただけます。
食事も召し上がることができます。



検査に使うお薬は当日遠方より配達されます。このことより交通事情等による検査の遅延または延期をさせていただく場合がございます。ご了承ください。

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。キャンセルは前日までをお願いします。

当日のみ使用可能なお薬を1検査に1本用意しております。

検査時刻を過ぎた場合はこちらから連絡させていただく場合がございます。

●食事について

通常通りに召し上がることができます。

●薬について

レセルピン、三環系抗うつ剤、塩酸ラベタロールを服用されている場合は主治医にご確認ください。

●妊娠中、授乳中、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

検査終了当日は乳幼児、妊婦との接触はお控えください。

●入院された場合はこの用紙を病棟看護師まで提出ください。

ご予約の変更、ご不明な点等ございましたら下記までご連絡ください。

徳山中央病院

TEL. 0834-28-4411 内線 6010 (RI室)

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。）