

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お願いいたします。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

ID

様

脳血流シンチ検査の予約時間は

頃となります

検査 20 分前までに再来受付機にて受付を済ませ
放射線科受付に、この紙を提出してください。

入院中の方は呼びしますので病室でお待ちください。

(注意事項)

- ①脳の血流をみる検査です。
- ②食事、薬はいつもどおりに取られて下さい
- ③検査台上がり横になります。脳の血流を反映する放射性医薬品を静脈注射します。頭をバンドで固定し、約30分間写真を撮ります。その間動かないようにお願いします。動くともた最初から取り直すこともあります。
- ④検査終了後、外来で様子を見て問題なければ帰宅となります。
- ⑤当日しか使用できない特殊な薬品を準備しますので、当日検査が出来ない場合は速やかに下記の所へ連絡してください。なお指定時刻を15分過ぎても連絡の無い場合は予約を取り消すことがありますことをご了承下さい。
- ⑥入院した場合は、速やかにこの用紙を病棟看護師詰め所に提出してください。
- ⑦授乳中・妊娠中の方、あるいは妊娠している疑いのある方は、主治医またはRI検査室へ申し出て下さい

予約の変更、ご不明な点等ありましたら平日の8:30～17:15の間に下記へご連絡下さい

徳山中央病院 電話(0834)28-4411

文書管理番号 : 17-1-003

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**、血管撮影検査・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） _____

同席者（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。）

文書管理番号：17-1-003