

ID No. :
フリガナ
氏名 :
生年月日 :

PET/CT 検査(全身/悪性腫瘍)に関する説明書・同意書

1. 患者の病名・状態

病名 :

悪性腫瘍、大動脈炎、その他 ()

状態 :

2. 提案する医療の概要 (目的・内容・必要性・有効性)

(1) 目的 :

PET(Positron Emission Tomography:陽電子放射断層撮影)はアイソトープ(弱い放射線を出す物質)のひとつである 18F-FDG(fluorodeoxyglucos:フルオロデオキシグルコース)を体内に注射し、悪性腫瘍等や炎症部位の検出をすることができます。

(2) 内容 :

検査時間は注射してから撮影までの待ち時間が約 1 時間、約 20 分~30 分の間、仰向けでの撮影となります。検査は、待機時間も含め、約 2 時間 30 分から 3 時間を予定しています。

<注意事項>

- 検査予約時刻の 6 時間前からの「絶食」をお願いします。食事をされた場合や遅刻された場合、検査を中止させていただくことがあります。
- 予約の取り消しは、前日の 13 時までに PET/CT 検査室にご連絡ください。
(前日が日曜、祝祭日、第 2 土曜の場合はその前日まで)
それ以降のキャンセルは、患者さんに放射性医薬品の購入費 (約 5 万円) をご請求する場合があります。

電話 代表 03-3813-3111 内線 5865 番

- 妊娠中または妊娠の可能性のある方の検査は、原則できません。
- 授乳中の方は、48 時間授乳を中止し、乳幼児との密接な接触を避けてください。
- 糖尿病や甲状腺の治療薬を使用の場合、事前にお知らせください。
- 検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、別途治療費が必要となる場合があります。
- 日常生活において介助を必要とされる患者さんに付き添いをお願いしています。
- 日本語が話せない方は、検査当日必ず通訳の同行をお願いいたします。

(3) 必要性・有効性：

他の検査だけでは、がんの判別ができない場合に必要な検査です。また PET は初期段階の小さいがんも見つけられる可能性が高く、がんの早期発見に有効です。現在の症状や他の検査結果等から、PET 検査が最適な検査法であると考えますが、本検査をご希望されない場合は、他の検査等が代替検査として可能な場合があります。いずれの検査もご希望されない場合は、適切な治療の機会を逃す可能性があることをご理解ください。

3. 本医療を行う医師名

診療科：

医師名： _____

4. 起こりうる合併症と対応 / 起こりえる利益と不利益

(1) 起こりうる合併症と対応

<PET/CT 検査の安全性と危険性について>

- PET/CT 検査で使用する薬剤 18F-FDG は製薬会社で製造されています。この薬剤による重大な副作用の報告はありません。稀に嘔気(0.7%)や搔痒感(0.4%)^{そうようかん}が発生する場合があります。体外に排出されると自然におさまりますので、経過を観察してください。
- PET 検査 1 回の被ばく線量は胃のバリウム検査とほぼ同等 (2.2~4.5mSv) で、この線量で放射線障害が起きることはありません。CT による被ばく線量も診断に必要な最低限の量に最適化しています。

(2) 起こりえる利益と不利益

- 利益： _____
- 不利益：
 - 上記の合併症が発生する可能性があります。
 - PET/CT 検査の限界などについては、以下の通りです。
 - ✓ がんや腫瘍の種別によっては、見つかりにくいものがあります。5mm 以下の小さな病変は、発見することができない場合があります。
 - ✓ FDG は、糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積し、尿から排泄されるので、病変の有無にかかわらず、腎臓や尿路、膀胱にも強く集積します。
このため、病変部と正常組織の間でコントラストがつかないために病変部の描出が困難になり、これらの臓器の診断は難しくなります。
 - ✓ FDG は、炎症や甲状腺腫、大腸腺腫などの良性病変にも集積しますので、観察したい部位の近傍にこれらの病変があれば、診断が困難になります。また集積所見があれば、直ちに悪性腫瘍であるわけではありません。

5. 考えられる代替案(本医療との長所・短所の比較)

本検査をご希望されない場合は、以下の検査等が代替検査として可能な場合があります。

Ga(ガリウム)シンチグラフィ

ガリウムという放射性薬剤が腫瘍に集まるという特性を活かし、ガリウムを静脈注射した後、ガンマカメラ(検査用のカメラ)で撮影し、腫瘍の状態を調べる検査です。

- 長所：検査(撮影)当日は、約 20～30 分程度の短い時間で済みます。
- 短所：被ばく線量が多く、画質や精度が低いです。

—実際の検査は、ガリウムを注射した 2 日後に行うため、検査にかかる日数全体としては 3 日間程度と長くなります。

6. 本医療による病状・症状の改善の見込み

病気の責任病巣や転移検索、病期、治療効果判定を目的とする検査であるため、病状・症状の究明には有用ですが、改善には直接つながりません。

7. 回復に関連して考えられる問題

治療行為ではないため、回復に直接関連する問題はありません。

8. 本医療を受けないことによってもたらされる結果

いずれの検査もご希望されない場合は、病気の治療の機会を逃す、または治療方針の決定に影響する可能性があることをご理解ください。

【 緊急時のご受診に関するお問い合わせ先 】

順天堂大学医学部附属順天堂医院 : 03-3813-3111 (大代表)

※ 休診日ならびに時間外は、救急プライマリケアセンターでの対応となります。

【 医療者側記載欄(通訳者署名欄以外) 】

- ✓ 説明時に配慮した事項 特記すべき事項なし 視覚
 聴覚 発語
 その他 ()
- ✓ 説明に使用した言語 日本語 その他 ()
通訳 あり(※) なし

※ 通訳の方は、以下ご署名にご協力ください。

ご所属(会社名・部署) : _____

ご署名 : _____

患者との続柄 : _____

説明医師氏名(自署) : _____

同席者氏名(自署) : _____ なし

説明日時(西暦) : _____ / _____ / _____ (午前・午後 : _____)

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長 殿

私は、PET/CT 検査(全身/悪性腫瘍)について、説明書に基づき、担当医師から十分な説明を受け納得いたしましたので、治療を受けることに同意いたします。

医療中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることについても承諾いたします。
なお、説明文書を受け取りました。

西暦 年 月 日 (午前・午後 : _____)

患者氏名 : _____ 生月日 : _____ / _____

代諾者氏名 : _____ なし

患者との続柄 : _____

住 所 : _____

(代諾者の署名は患者が未成年者(18歳未満)など、患者本人の判断能力が十分でない場合に必要となります。
未成年者(18歳未満)のうち、15歳以上の場合は、患者本人も代諾者と連名でご署名ください。)

ID No. :

フリガナ

氏名 :

生年月日 :

PET/CT 検査予約票

依頼科

依頼医師

検査時間	
検査項目	全身（腫瘍・炎症）
当日は再診受付機で受付後、予約時間の 20 分前までに PET/CT 検査室受付にお越しください。	

<検査当日に持参するもの>

- ① 診察券（初診以外） ② PET/CT 検査問診票

検査に備えて下記にご協力くださいますようお願いいたします

検査前日	<ul style="list-style-type: none">運動は、お止めください。検査当日も同様となります。下剤を服用されている方は、検査前日より服用を中止してください。お食事に制限はありません。
検査当日	<p>食事制限 検査予約時刻の 6 時間前からの『絶食』をお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none">◇ 予約時間が午後 1 時より前の場合には当日の朝食を抜いてお越しください。◇ 予約時間が午後 1 時以降の場合には軽い朝食を午前 7 時までに済ませてください。 <p>食事をされた場合や遅刻をされた場合に検査を中止させていただくことがあります。</p> <ul style="list-style-type: none">水分は取って構いませんがジュースなど、糖分を含んでいるものは避けてください。糖尿病薬(血糖降下剤、インスリン)、チラーヂンは使用しないでください。 <p>※上記以外のお薬は服用して構いません。不明な場合は担当医師にご確認ください。</p> <ul style="list-style-type: none">検査は、待機時間も含めて約 2 時間 30 分から 3 時間を予定しています。検査結果向上のため、撮影を 2 回行うことがあります。
検査後	<ul style="list-style-type: none">検査終了後、会計に寄らずそのままご帰宅ください。お会計は次回来院時合算となります。通常の生活に戻られて結構です。検査当日は、妊婦や乳幼児との密接な接触は避けてください。授乳中の方は、検査後 48 時間授乳しないでください。

検査のキャンセル等について

体調不良、ご本人都合でキャンセルや変更が生じた場合、必ず PET/CT 検査室にご連絡ください。PET 検査の薬剤は使用直前に到着します。大変高価であり、使用可能時間は非常に短いため、検査時刻に遅れますと検査が出来ない場合があります。

また、検査の内容により検査時間が前後する場合がありますのであらかじめご了承ください。

介助を必要とする方の付き添いについて

当院では安全に検査を行っていくために、日常生活において介助を必要とされる患者さんに付き添いをお願いしています（車椅子使用、ご自身でトイレまで移動できない等の方）。

また、日本語が話せない方は、検査当日必ず通訳の同行をお願いいたします。

電話 代表 03-3813-3111 内線 5865 番

PET/CT 検査当日の流れ・注意事項

(全身・心臓サルコイドーシス)

※ 検査結果に関わる注意事項がありますので前日までに必ずお読みください。

PET/CT 検査における放射線による被ばくは、人体に問題がある量ではありません。しかし、スタッフは毎日多くの患者さんと接しています。そのためスタッフの被ばく低減を目的として、PET 医薬品の注射後は、患者さんと距離をとり、接する時間を短くし、遮蔽物等を挟んで対応する場合がありますので、ご了承ください。

介助を必要とする方の付き添いについて

安全に検査を行っていくために、日常生活において介助を必要とされる患者さんに付き添いをお願いいたします（車椅子使用、トイレまで自立移動困難な方など）。

また、日本語が話せない方は、検査当日必ず通訳の同行をお願いいたします。

1. 来院

地域医療連携室受付へ予約時間 40 分前までにお越しください。

その後、PET/CT 検査室へ診察券、問診票等の書類をご提出ください。検査に使用する薬剤は検査時間に合わせて検査室に届きます。

ご予約時間より早く来院されても検査出来ませんのでご了承ください。

2. 更衣

更衣室（個室は各部屋）で検査着に着替えます。金属のものは全て外していただきます。

（着衣に金属類がない場合は私服のまま検査可能です。ボタンは検査に影響ありません）

更衣の後、身長・体重の測定があります。

3. 薬剤投与

薬剤の投与時間になりましたら処置室にご案内します。

ご案内があるまで安静室でお待ち下さい。血糖値の測定、検査薬剤の投与を行います。

4. 安静

薬剤投与後、薬が体内に行き渡るまで安静室にて約 1 時間お休みいただきます。

お手洗いは自由に行ってください結構です。

検査に影響するため、読書や携帯電話等の操作、動画鑑賞などはできません。ストレッチなどの運動もお控えください。

安静室には水 500ml を用意しております。出来る限り飲んでいただきますが、全て飲む必要はありません。無理のない範囲でご協力ください。

安静室内には安全のためカメラとナースコールが備え付けてあります。御用の際はナースコールでお知らせください。

5. 撮影

案内の声がかかりましたら排尿を済ませ、検査室にお越しください。
汚染拡大防止のため、排尿は必ず座ってお願いします。

撮影時間は20～40分程度です（検査の内容によっては延長する場合があります）。
検査結果向上のために2回撮影を行うことがあります。2回目の撮影は、10～15分程度となります。

6. 安静・更衣

1回目の撮影が終わりましたら安静室にお戻りください。安静室では体内の薬が少なくなるまで、安静にしてください（追加撮影をする場合はナースコールにてお知らせします）。

安静時間が過ぎましたら声をおかけします。

追加撮影した場合、安静室へは戻らず、支度してお帰りください。

使用後の検査着、ロッカーの鍵は、更衣室入り口にあるリネンボックス、鍵ボックスへお入れください（個室使用の場合はすべて部屋の中に置いたままで結構です）。

検査後の注意事項

- ※ 検査終了後も体内には薬が残っていますが、自然に体内から排出され24時間後には、ほぼ無くなります。
- ※ 通常の生活に戻られて結構ですが、当日は乳幼児との密接な接触はお避けください。
- ※ 検査後48時間は安全のため授乳はしないでください。

電話 代表 03-3813-3111 内線 5865 番

< PET/CT 検査の被ばくについて >

【 検査の有用性 】

PET/CT 検査を受けることで、『病気発見』『病気の状態把握』『治療方針の決定』など極めて有用な情報が得られます。

一方で、検査を受けなかった場合には、『病気発見の遅れ』など診療上の不利益が生じる可能性があります。

今回は、検査の有用性が極めて大きいと判断したため、検査をお願いしました。

【 放射線検査の人体への影響 】

放射線の影響には、『確定的影響（組織反応）』と『確率的影響』があります。

- 『確定的影響（組織反応）』は、多大な線量を被ばくすることで生じ、被ばくした臓器ごとに様々な障害が発生します。しかし、PET/CT 検査の線量において、この障害が起こることはありません。
- 『確率的影響』は、線量の増加に伴い発生する確率が高くなる影響のことで、放射性発がんがあります。PET/CT 検査の線量では、どのくらい確率が増えるか明確ではありませんが、低いと推測されます。

これらを考慮し、出来るだけ少ない線量で目的の画像が得られるように、以下の方法で線量の最適化に努めます。

- ① 体内に投与された薬剤が速やかに体外に排出されるように、積極的に飲水を促し、排尿の指導を行います。
- ② PET/CT 検査の CT 線量は、通常の CT 検査より低い線量で撮影します。
- ③ 小児の検査では、小児核医学検査適正施行のコンセンサスガイドラインに基づき、薬剤量を決定します。
- ④ 診断参考レベル※1 を取り入れ、撮影線量の最適化を行います。

これらの被ばく低減方法を用いて検査を行いますので、安心して CT 検査をお受けください。

ご不明な点などがありましたら、スタッフまでお気軽にご質問ください。

※1 診断参考レベル

放射線検査の最適化のための指標。日本では医療被ばく研究情報ネットワークが、関連する学会、団体の協力のもとに作成した参考値

この問診票は、当院の個人情報保護方針に則り、適切に保護・保管いたします。

PET/CT 検査問診票

ID No.		記載者	本人・家族・医療者	記載日	西暦	年	月	日
フリガナ 氏名			性別		連絡先	※日中連絡の取れる番号を記載		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳		

※この問診票はあらかじめ記載していただき、検査当日にご持参ください。

1. 以前に PET 検査を受けたことがありますか はい・いいえ
「はい」の場合 いつ頃 年 月頃 当院・他院
2. 狭いところが苦手ですか はい・いいえ
3. 1 ヶ月以内にワクチンを接種しましたか はい・いいえ
「はい」の場合 接種日、接種部位を教えてください 月 日 部位（右腕・左腕・ ）
4. 糖尿病と言われたことがありますか はい・いいえ
「はい」の場合 現在の治療法にチェックしてください 食事療法 内服薬 インシュリン注射
5. 喫煙歴はありますか はい・いいえ
「はい」の場合 喫煙歴をご記入ください 喫煙本数 本/日 歳 ~ 歳
6. これまで手術・放射線治療・抗がん剤を受けた事がありますか はい・いいえ

<u>いつ頃</u>	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>病名</u>	(手術・放射線治療・抗がん剤)
<u>いつ頃</u>	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>病名</u>	(手術・放射線治療・抗がん剤)
<u>いつ頃</u>	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>病名</u>	(手術・放射線治療・抗がん剤)

該当の方のみお応えください

1. 月経はありますか はい・いいえ (閉経 歳)
「はい」の場合 最終月経をご記入ください 月 日 ~ 月 日
2. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか はい・いいえ

この検査について、ご質問がありましたらご記入ください

FAX 0120-03-3946 03-5802-3946**PET/CT 検査申し込み票 (診療情報提供書)**

検査当日は、貴院で実施された参考画像(CT や MRI など)を CD で患者に持参していただくようお願い申し上げます。

検査予約日時：平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分	
フリガナ	医療施設名：
患者氏名：	
年齢： 歳 性別：男 ・ 女	住 所：
生年月日：M・T・S・H 年 月 日	
住 所	電 話：
	診療科： (内線)
電 話：	担当医師名：
身 長： cm	移動方法：独歩・独歩(要介助)・車いす
体 重： kg	区分： <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他院入院中
PET 受診歴：初回・当院にて ___ 回・他院にて ___ 回；当院受診歴ある方は ID(_____)	

検査目的： <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索
臨床診断：
経過、その他
病 理 検 査：施行した病理と結果 ()
腫瘍マーカー(数値)： <input type="checkbox"/> CEA()・ <input type="checkbox"/> AFP()・ <input type="checkbox"/> CA19-9()・ <input type="checkbox"/> SCC()・ <input type="checkbox"/> PIVKA- II()・ <input type="checkbox"/> PSA()・ <input type="checkbox"/> CA125()・ <input type="checkbox"/> その他()
通常撮影部位は、頭部～大腿基部です。それ以外の範囲を希望される場合はご記入ください。 撮影希望位：
手術歴：無・有 年 月 手術名；
化学療法：無・有 年 月 薬品名；
放射線治療：無・有 年 月 照射部位；
現在の妊娠：無・有 ・可能性あり⇒被ばくを伴うため、妊婦の検査はできません。
糖尿病：無・有 →有の場合は処方；無・有 ()
アレルギー：無・有 →有の場合は何のアレルギー ()
ペースメーカー：無・有