

P E T 検査説明・問診票・同意書

【医療機関の先生方へ】

「PET検査説明(1)(2)」を患者さんにご説明いただき、「同意書」にご記入をお願い致します。

「PET検査説明(1)(2)」「同意書」「問診票」を患者さんにお渡し下さい。

*「同意書」の【貴院控】は医療機関での保存用になります。貴院にて保管をお願い致します。

【患者さんへ】

P E T 検査説明

(1)

* F D G - P E T 検査に際し、下記の事項についてご理解下さるようお願い致します。

1. P E T 検査について

^{18}F -FDG による PET 検査は、放射性同位元素 (^{18}F ・フッ素 18) を標識した FDG (フルオロデオキシグルコース) という薬剤を注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝の状態をみることで、がん等の疾患を診断する検査です。使用する放射線同位元素は微量で、放射線の量は約 2 時間ごとに半減し尿として速やかに排泄されます。翌日にはほとんど体内には残りません。

2. P E T 検査の注意事項

- ① 検査前 6 時間は絶食です。糖分を含む飲料、アメ・ガムなどもご遠慮下さい。水についての制限はありません。
- ② 薬は通常通り服用ください。
ただし、当日の検査前は、糖尿病経口薬の服用やインスリン注射はできません。
- ③ 検査前日と当日の運動や肉体労働は控えてください。また前日の飲酒もお控え下さい。
- ④ 妊娠中や妊娠の可能性のある方は原則として検査できませんが、担当医とご相談下さい。
- ⑤ 検査終了当日は、妊産婦や乳幼児との接触はなるべく控えてください。また、人の多いところにはなるべく近づかないでください。
- ⑥ 検査当日の授乳は控えてください。

検査当日は

- ※ 金属製の物を身に付けたり持ち込まないようにして下さい(ヘアピン、時計、貴金属類、入れ歯、クリップ、心電図用電極など)。
- ※ 検査当日は、診察券・健康保険証・紹介状・PET検査説明・問診票・同意書をご持参ください。
- ※ 寿命の短い特殊な薬剤を使用しています。機器の調整上、時間どおりに検査ができないことや延期させて頂く場合があることを予めご了承をお願い致します。
- ※ 車いす移送や介護を必要とされる方には、検査中の付き添いをお願い致します。

3. P E T 検査実施手順

- ① **絶食** ブドウ糖の代謝を調べる検査なので、検査前 6 時間は**絶食**です。
午前中検査予定の場合は前日夜 9 時以降より、午後検査予定の場合は当日朝 7 時以降より、食事はお控えください。
- ② **注射** 検査薬剤を注射します。
- ③ **安静** 検査薬剤が体内に行きわたるまで約 1 時間安静にしています。
- ④ **撮像** 排尿後、PET/CT 装置で約 30 分全身の撮像検査をします。
- ⑤ **休憩** 体の中の薬剤量が減少するまで約 30 分休憩をとります。
この後に、もう一度撮像することがあります。

P E T 検査は、注射から検査終了まで、おおむね 2 ~ 3 時間かかります。

4. PET検査の安全性について

検査薬剤FDGによる副作用の心配はありません。検査薬剤FDGは放射性医薬品のため、放射線による被曝が少しありますが、その被曝量は胃のX線検査や人が1年間に自然界から受ける放射線量と同程度であり、健康に悪影響はありません。まれに注射時の痛みや、薬剤注入時の血管運動反射に伴う不快や血圧降下が起こることがあります。

5. PET検査の限界について

PET検査は、がんの発見に非常に優れた検査ですが、1cm以下のがんや腎臓や肝臓などの特定の臓器や部位によっては発見が困難な場合があります。PET検査も万能ではないことをご理解ください。

6. PET検査データの医学的活用について

PET検査により得られたデータは、今後の医学発展のため利用させていただくことがあります。その際には個人情報の保護に十分配慮し、個人が特定されるようなことのないように致します。

7. PET検査のキャンセルについて

都合により検査をキャンセルされる方は、検査日の前日12時までに、必ず

旭川医科大学病院・核医学検査室（電話 0166-69-3461）

または 地域医療連携室（電話 0166-69-3055）

にご連絡ください。検査薬剤FDGは高額な薬剤で、使用期限のとても短い特殊な薬剤です。**急なキャンセルや検査時間に遅れることがあると、使用することができません。この場合所定のキャンセル料をいただく場合があります。**ご理解をお願いいたします。

8. その他

- ・検査当日に採血を行い、空腹時血糖値を測定します。血糖値の値によっては検査を中止する場合があります。
- ・PET検査薬剤は、使用期限のとても短い薬剤のため保存することはできません。毎日、札幌市の製薬会社より陸送で供給を受けます。検査薬剤の輸送体制・検査機器の保守点検には万全を期しておりますが、道路状況や天候の変化などで到着しなかった場合、万一の機器トラブルなどの際には中止せざるを得ない場合がありますのでご了承ください。
- ・付き添いの方は、検査中別室でお待ちいただきます。ただし、介護の必要な場合は、お手伝いをお願いする場合があります。
- ・当施設では、テレビカメラを通して検査の進行状況を把握し皆様方をご案内しています。この際、画像を録画したりプライバシーを侵害したりすることはありません。

以上の点をご理解いただいた上で、PET検査同意書（別紙）にご署名をお願いいたします。

P E T 検 査 同 意 書

紹介元医療機関名 _____

担当医 _____

旭川医科大学病院長 殿

私は、PET検査を受けるにあたり、別紙の説明を十分に理解した上で、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏 名 _____

または代理人氏名 _____ (続柄 _____)

住 所 _____

連絡先電話番号 _____ - _____ - _____

※連絡先電話番号は必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

P E T 検 査 同 意 書

紹介元医療機関名 _____

担当医 _____

旭川医科大学病院長 殿

私は、PET検査を受けるにあたり、別紙の説明を十分に理解した上で、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏 名 _____

または代理人氏名 _____ (続柄 _____)

住 所 _____

連絡先電話番号 _____ - _____ - _____

※連絡先電話番号は必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

*この同意書は貴院で保管をお願い致します。【 貴院控 】

P E T 検 査 同 意 書

紹介元医療機関名 _____

担当医 _____

旭川医科大学病院長 殿

私は、PET検査を受けるにあたり、別紙の説明を十分に理解した上で、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

または代理人氏名 _____

(続柄 _____)

住 所 _____

連絡先電話番号 _____ - _____ - _____

※連絡先電話番号は必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

P E T 検査問診票

氏 名 (男・女) 年 齢 歳

本人が記入できない場合

代理人氏名

本人との続柄

以下の問診内容に○印、またはご記入をお願いします

- 過去にP E T検査を受けたことがありますか (いいえ・はい : その検査日 頃)
- X線C T, P E T, M R I の検査を受けて具合が悪くなったことがありますか (いいえ・はい)
- 身長と体重をご記入下さい 身長 c m ・ 体重 K g

現在の健康状態と病気についてお聞きします

- 最近、外傷や打撲を受けたり、転倒されたことがありますか (いいえ・はい)
- 最近数年以内に手術を受けましたか (いいえ・はい : どこですか)
- 身体の痛みがありますか (いいえ・はい : どこですか)
- 心臓のペースメーカーを装着されていますか (いいえ・はい)
- 糖尿病といわれたことがありますか (いいえ・はい)
- 「はい」の方に。現在の治療法に○をつけてください (内服・インスリン・食事療法)
- 喫煙歴はありますか (喫煙なし・禁煙 歳から・喫煙中 本/日)
- 食べ物や薬剤に対するアレルギー (過敏症) はありますか (いいえ・はい : 具体的に)
- 約 30 分間の検査時間、安静に寝ていることができますか (はい・いいえ)
- X線C T、M R I 検査などで狭い場所が苦手ですか (いいえ・はい)
- 歯の治療を受けていますか (いいえ・はい : 義歯・他)

女性の方にお聞きします

- 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますが (いいえ・はい・わからない)
- 現在、生理中ですか (いいえ・はい・閉経) ● 最終月経の開始日 (月 日)
- 現在、授乳中ですか (いいえ・はい)
- 乳房の痛みやしこりがありますか (いいえ・はい)

これから受けるP E T検査について、気になることがありましたらご記入ください