

バーコード貼付領域

PET-CT 検査

問診表

同意書

病院提出用

@SYSDATE 発行

問診表

@PATIENTNAME 様 患者番号@PATIENTID 年月日 @PATIENTBIRTHERA 性別 @PATIENTSEXN

身長 cm、体重 Kg、空腹時血糖値 mg/dl \*わかる方は記入して下さい

以下①～⑤をチェックして下さい。

- ① PET 検査を受けたことがありますか？  はい (いつ頃ですか? 年 月頃)  いいえ
- ② 約 20 分間の検査時間、安静に寝ていることが出来ますか？  
 はい  いいえ (理由: )
- ③ 閉所恐怖症はありますか？  はい  いいえ
- ④ 体内に金属がありますか？  はい (□心臓ペースメーカー □骨折時ボルト等 □その他)  いいえ
- ⑤ 糖尿病と診断されたことがありますか？  はい (□内服中 □インスリン □食事・運動療法)  いいえ

同意書

この検査は、放射性同位元素 (F-18) で標識された FDG という薬剤を注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝能をみることにより、がん等の疾患を診断します。

① 副作用について

体内にあるブドウ糖とほぼ同様の FDG 製剤による副作用の報告はこれまでされていません。

② 検査の限界について

がんの種類や部位、または装置の限界を超える様な小さな病変は見つかりにくいことがあることをご理解下さい。

③ 被曝について

PET-CT 検査は僅かですが被曝があります。

④ 予約の変更、キャンセルについて

検査に使用する FDG 製剤は、大変高額であり保存ができないお薬です。検査日の変更、キャンセルにつきましては、できるだけ早めに、遅くとも検査前日の午後 3 時までにご連絡をお願いします。それ以降にキャンセルされた場合には、検査薬購入費(約 5 万円)が請求されることもあります。

⑤ 医学的利用について

この検査で得られた画像や結果などは、検査を受けた本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

⑥ その他

機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情により FDG 製剤が届かない場合には、検査が行えないこともありますのでご了承ください。

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 病院長 殿  
私は、PET-CT 検査について、上記内容を理解した上で検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日 本人署名

保護者・代理人が署名する場合は、本人との関係を明記して下さい。

依頼医 @USERNAME 保護者・代理人署名 (続柄 )

この検査は、放射性同位元素（F-18）で標識された FDG という薬剤を注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝能をみることにより、がん等の疾患を診断します。

① 副作用について

体内にあるブドウ糖とほぼ同様の FDG 製剤による副作用の報告はこれまでされていません。

② 検査の限界について

がんの種類や部位、または装置の限界を超える様な小さな病変は見つかりにくいことがあることをご理解下さい。

③ 被曝について

PET-CT 検査は僅かですが被曝があります。

④ 予約の変更、キャンセルについて

検査に使用する FDG 製剤は、大変高額であり保存ができないお薬です。検査日の変更、キャンセルにつきましては、できるだけ早めに、遅くとも検査前日の午後 3 時までにご連絡をお願いします。それ以降にキャンセルされた場合には、検査薬購入費（約 5 万円）が請求されることもあります。

⑤ 医学的利用について

この検査で得られた画像や結果などは、検査を受けた本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

⑥ その他

機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情により FDG 製剤が届かない場合には、検査が行えないこともありますのでご了承ください。

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 病院長 殿

私は、PET-CT 検査について、上記内容を理解した上で検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

本人署名

保護者・代理人が署名する場合は、本人との関係を明記して下さい。

依頼医 @USERNAME

保護者・代理人署名

(続柄 )

# PET-CT 検査をお受けになる患者さんへ

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 中央放射線センター

@PATIENTNAME 様の検査は、

          @KENSADATE2          @KENSATIME2          からです。

なお、この検査の際は、以下のことについてお守りください。

- ①. 検査前、最低でも 5 時間以上の絶食が必要です。  
(絶食が守れていない場合は検査を中止とさせていただきます。)
- ②. 検査日時に忘れずにご来院ください。  
(都合が悪くなったら、すぐにご連絡をお願いします。)
- ③. 検査前や検査の途中では、なるべく安静にしてください。
- ④. 当日、「お薬手帳」がある方はご持参ください。
- ⑤. 「問診表 同意書」は予約時に記入して、診療科受付にお出し下さい。

以下もよくお読みのうえ、ご理解くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

## 【検査の流れ】

- 検査当日、外来の患者様は、玄関ホールの自動再来受付機で受付をして、「本日のご案内」の用紙を持って予約された時間までに、( アイソトープ検査室 )においで下さい。他院紹介の患者様は、医事受付の①番窓口までおいで下さい。
- 検査前に、問診表(当日用)の記入を行っていただきます。
- 検査着に着替えていただいた後、お薬を注射します。
- 注射後約 1 時間は待機室にて安静にしてお休みいただきます。検査結果に影響しますので、**注射後の食事、運動や読書、スマートフォンの操作等はできません。**
- 検査前にお渡ししたお水を飲んでいただき、その後排尿していただきます。トイレは指定の場所をお願いします。
- 検査台に横になり、撮影をおこなっていきます。撮影方法にもよりますが、20 分前後かかります。場合によっては、時間をおいて再度撮影をおこなうこともあります。
- 待機室で約 30 分程度過ごし、会計後、ご帰宅いただきます。半日かかりとなる場合もあります。時間には十分な余裕をおもちください。

## 【ご了解いただきたい点】

- 予約時間より遅れて来院されると、検査できないことがあります。
- 検査前日や当日の運動は検査結果に影響しますのでお控えください。徒歩や自転車で来院される方は、30 分程度安静にしてから検査を行いますので、早目にお越しください。
- 検査当日は、糖尿病の治療薬剤は服用できません。インスリン、内服を投与・服用しないでください。その他のお薬は普段通り服用しても構いません。
- **検査前に 5 時間以上の絶食が必要です。**また、糖分を含まない水分は飲んでも構いませんが、ガムや飴、ジュース(スポーツドリンク等含)などは決して飲まないようにしてください。糖尿病などで絶食が難しい方は検査できません。

- 検査前の絶食をお忘れになった場合や、糖分を含むものを間食された場合は、検査中止とさせていただきます。
- 喫煙は、可能な限りお控えください。
- 検査当日はなるべく冷気を避け、暖かい服装で来院してください。体が冷えることにより病変部位以外に薬が集積する恐れがあります。
- 交通事情による薬剤輸送の障害や、装置のトラブルなどによる検査時間の遅れ、延期、中止もあり得ます。その際はなにとぞご了承ください。
- ご家族が付き添われていらしても構いませんが、原則待機室内での付き添いはできません。
- 安静待機中は監視カメラによる安全確認を行っています。
- この検査で得られたデータは、検査を受けた患者様が特定出来ないよう十分に配慮した上で、学術研究目的に利用させて頂くことがあります。

### 【検査後の注意】

- 検査当日は、外来の診察や、他の検査を受けることをお控え願います。
- 検査当日は乳幼児や妊産婦との接触をできるだけお控え下さい。受診後、自家用車などで妊婦・乳幼児と一緒にならないなどの配慮をしてあげて下さい。授乳中の場合は、検査当日の授乳はお控え下さい。”だっこ”も6時間ぐらい控えて下さい。
- 検査の翌日は普段どおりでもさしつかえありません。
- 検査後は食事や運動の制限はありません。

### 【検査結果】

検査当日には結果は出ません。後日、依頼された診療科や医療機関からお聞きください。

### 【お薬の副作用】

<sup>18</sup>F-FDG はブドウ糖に似た物質であり、ブドウ糖で副作用がある人がほとんどいないように、このお薬による副作用の可能性は極めて低いと考えられます。検査は万全の態勢のもとで行われ、万が一副作用が発生しても、担当医や主治医などが速やかかつ適切に対処いたします。

### 【料金】

全額で9万5千円（うち、お薬の価格が税抜き46,000円）です。保険適用の場合、通常はそのうちの3割、3万円前後が自己負担額となります。保険適用の有無など疑問の際は主治医におたずねください。

### 【お守りいただきたい点】

当日の一定の時間しか使えない高価な特殊医薬品（<sup>18</sup>F-FDG）を準備いたしますので、都合で検査日時に来院できない場合は、必ずご連絡下さいますよう、お願い申し上げます。  
遅くとも検査日の前日 午後3時まで、月曜の検査の場合は前週の金曜午後3時までにご連絡をお願いいたします。 もし連絡なしに来院されなかった場合、無駄になったお薬の費用をご負担いただく場合がありますことを申し添えます。