

P E T / C T 検 査 説 明 書

1. PET/CT 検査について

この検査はブドウ糖類似体に放射性同位元素を標識した ^{18}F -FDG という薬剤を静脈注射し、全身に行き届いた後に PET/CT 装置で撮影を行い、病気の原因や病状を画像にして診断する検査法です。

2. 安全性について

検査において使用する ^{18}F -FDG はブドウ糖の類似体であり、重篤な副作用の報告はありませんが、稀に (1.2%)、気分不快・発熱・嘔吐・血圧低下などを起こす事が報告されています。

3. 被ばくについて

使用する薬剤は非常に強い放射線を放出しています。注射をしますと受診者様自身が放射線源となり、PET/CT 検査 1 回で約 14mSv (ミリシーベルト) という量の被ばくを伴います。これは体幹部の造影 CT 検査を受ける放射線量とほぼ同量です。また自然界では、宇宙線や食物から年間に約 2mSv の放射線を受けると言われています。

4. 検査中について

注射後は極力安静にしてください、注射後約 2 時間は検査区域から退出することはできません。また検査中はスタッフの被ばく防止の観点から、マイクでのご案内、防護ガラス越しや距離を置いての受診者様対応となることをご了承ください。

5. 付き添いについて

被ばく防止の観点からスタッフによる介助は行えません。受診者様おひとりでの移動や寝台への昇降が困難な場合は、検査することはできません。介助を行うご家族の付き添いが必要です。必ず同行してください。また、被ばくの観点から乳幼児や小さなお子様を連れての検査はできません。

6. 検査後について

検査後の当日は、乳幼児や小さなお子様、妊娠されている方との親密な接触はなるべく控えるようお願いいたします。それ以降につきましては、特段制限はございません。

7. PET/CT 検査の限界について

病気の種類によっては見つけ難いものもあり、また 1cm 以下の大きさのものは発見されない場合もあります。血糖値の高い場合にも発見されない場合があります。

8. PET/CT 検査の医学的利用について

この検査で得られた画像や結果等は、検査を受けた受診者様が特定できないように十分に配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく事がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

9. キャンセル等について

PET/CT 検査で使用する薬剤は使用期間が非常に短いため、受診者様だけのために準備いたします。必ず検査時間までに来院していただく必要があります。検査時間に遅れた場合には検査ができませんのでご注意ください。やむを得ず検査の延期やキャンセルが必要な場合は、各外来診療科へ検査前日 (土日祝祭日を除く) の午前中までにご連絡ください。機器の故障や薬剤の輸送事故などで検査できなくなることがあります。その際、時間の変更もしくは日を改めて検査させていただきますのでご了承ください。

10. キャンセル時の自己負担について

当日または連絡のないキャンセルにつきましては、薬剤の実費 (約 50,000 円) を負担していただきます。

年 月 日

説明医師： _____

PET/CT 検査に関する同意書

患者氏名： _____ 様

※ご説明の内容（PET/CT 検査説明書添付済み）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. PET/CT 検査について | <input type="checkbox"/> 6. 検査後について |
| <input type="checkbox"/> 2. 安全性について | <input type="checkbox"/> 7. PET/CT 検査の限界について |
| <input type="checkbox"/> 3. 被ばくについて | <input type="checkbox"/> 8. PET/CT 検査の医学的利用について |
| <input type="checkbox"/> 4. 検査中止について | <input type="checkbox"/> 9. キャンセル等について |
| <input type="checkbox"/> 5. 付き添いについて | <input type="checkbox"/> 10. キャンセル時の自己負担について |

以上、今回の処置・検査について上記（チェックした）項目を説明しました。

年 月 日

説明医師： _____

地方独立行政法人 徳島県鳴門病院 病院長殿

私は、今回の処置・検査を受けるにあたり担当医師から PET/CT 検査説明書を配布され上記の説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお、処置・検査中の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置をうけることについても同意いたします。

年 月 日

住所： _____

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____

続柄： _____

（配偶者・親権者・その他の親族）

（注）署名は本人がなさってください。但し、未成年または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。

PET/CT 検査を受けられる方へ（受診者様）

PET/CT 検査を受けられる際には下記の事柄について、ご理解くださるようお願いいたします。

1. 検査予約時間について：予約時間を厳守してください。

この検査で使用する放射性同位元素を含んだ薬剤は、2時間経過すると効果が半分に減少します。

このため、検査に使用する薬剤は検査時刻に合わせて納入されています。予約時間に遅れた場合は、検査できない場合もあります。遅れる場合や来院できない場合は必ずご連絡ください。

検査前日午後に確認の電話連絡いたします。その際、詳細な来院時間をご案内いたします。

2. 食事・飲み物などについて

検査当日、検査時間の6時間以上前から絶食です。糖分を含まない飲み物（お水・白湯）は飲んでください。糖分を含むジュース・スポーツ飲料・牛乳などやアルコール類も飲むことができません。

シュガーレスのガムや飴も食べることはできません。喫煙は控えてください。

3. 内服薬・点滴について

①糖尿病の方は、インシュリンや内服薬（血糖降下剤）については、主治医とご相談ください。それ以外の医師より処方されている薬は、普段通り飲んでいただいてもかまいません。

痛み止めの薬が必要な方は、必ず持参してください。

ブドウ糖を含む点滴・インスリンを含む注射や経口糖尿病薬の投与は、検査前日の21時以降から検査終了まで行わないでください。

②前処置を行われなかった方や血糖値が高い方(150mg/dl以上)は、検査中止や順番変更になることもあります。低血糖を起こされた場合は検査を中止させていただきます。

（糖尿病の治療をされている方は必ず主治医とご相談ください。）

4. 検査前日・当日の過ごし方について

①検査前日、当日の激しい運動・肉体労働・カラオケ・マッサージなどは避けてください。

長距離の歩行や自転車を利用せずに、自家用車もしくは公共機関を利用しご来院ください。

②検査待機中は安静にさせていただきます。読書や携帯電話の使用などは禁止とさせていただきます。また、受付から検査終了までの所要時間は約3時間です。

5. その他の注意事項

①注射後1時間の安静及び30分の静止が保たれない場合や閉所恐怖症（MRI検査を受けられない程度）などで検査の実施が困難とみられる方への検査はお断りする場合があります。

②被ばく防止の観点からスタッフによる介助は行えません。受診者様おひとりでの移動や寝台への昇降が困難な場合は、検査することはできません。介助を行うご家族の付き添いが必要です。必ず同行してください。また、被ばくの観点から乳幼児や小さなお子様を連れての検査はできません。

③妊娠中、妊娠の可能性のある方は検査できません。検査当日の授乳は控えてください。

④1週間前から胃や大腸のバリウム検査は行わないようにしてください。

⑤ペースメーカーを使用されている方は、ペースメーカー手帳を必ず持参してください。

⑥検査機器の保守点検及び薬剤の輸送体制には万全を期していますが、機器の故障や薬剤輸送中の事故などの際に検査できなくなることがあります。その場合、時間の変更もしくは日を改めて検査させていただきますのでご了承ください。

⑦やむを得ず検査の延期やキャンセルが必要な場合は、地域医療連携室へ検査前日（土日祝祭日を除く）の午前中までにご連絡ください。お願いいたします。

注：月曜日または祝祭日明けに検査の方は、前週の金曜日または祝祭日前日までにご連絡ください。

地方独立行政法人 徳島県鳴門病院 電話：088-683-0011(代表)

P E T / C T 検 査 問 診 票

患者氏名： _____ 様 ※:ご記入の上、検査当日にご持参ください。

PET/CT 検査にあたり、以下の質問にお答え下さい。

1. 糖尿病・血糖値異常を指摘されていますか？ いいえ はい
2. 心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器を使用していますか？ いいえ はい
3. 閉所恐怖症はありますか？ いいえ はい
4. 今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか？ いいえ はい
「はい」の場合 いつ頃 (_____) 病名 (_____)
5. 今まで手術・放射線治療・化学療法（抗がん剤）を受けたことがありますか？ いいえ はい
「はい」の場合いつ頃ですか 手術 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
放射線治療終了 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
化学療法終了 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

女性の方のみ以下にお答え下さい。

6. 現在妊娠していますか？ いいえ はい
7. 現在授乳していますか？ いいえ はい
8. 現在月経はありますか？ ある ない
(閉経した)
「ある」方のみ 月経周期 _____ 日 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)

ここからは当日記入して下さい。

1. 最後の食事は何時頃ですか？ _____ 時頃
2. 食事の後に糖分の入った飲料・あめやガムを飲食しましたか？ いいえ はい
3. 昨日から現在までに運動をしましたか？ いいえ はい
「はい」と答えた方は以下の該当するものに○をつけて下さい。
散歩 ・ 体操 ・ 筋肉労働 ・ 水泳 ・ カラオケ ・ マッサージ
その他 (_____)

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当看護師： _____

担当放射線技師： _____

PET/CT 検査の流れと注意事項について（受診者様）

【検査の流れについて】

- ①検査説明 …検査説明・問診票の確認および血糖値測定を行います。
- ②更衣 …待機室にて検査着または金属等のない服装に更衣していただきます。
- ③注射 …PET 処置室にて薬剤を注射します。
- ④待機 …待機室にて約 60 分間安静にさせていただきます。
その間に 500ml の水を飲んでいただきます。
※読書や携帯電話の操作は行わないでください。
- ⑤排尿 …撮影直前に排尿していただきます。
※男性であっても必ず座って排尿してください。
排尿終了後、2 回水を流してください。
- ⑥撮影 …約 30 分撮影します。
- ⑦更衣 …リカバリー室にて更衣し、20～30 分休憩していただきます。
- ⑧検査終了 …お疲れ様でした。

【検査中および検査後の注意事項について】

- 本や携帯電話は持っている手の筋肉に薬剤が多く集まります。また、目を使うので眼球の筋肉にも薬剤が多く集まります。できるだけ安静にお過ごしください。
- 撮影開始までの待機中に水を飲んでいただきます。これは体内の余分な薬剤の排泄を促すために必要です。可能な限り飲むようにしてください。
- 注射された薬剤は尿になって排出されます。撮影直前に排尿していただくことで膀胱周辺の描出を良くします。
- 尿の飛び散りを避けるために男性であっても必ず座って排尿していただきます。
- 尿を便器内に残さないために 2 回水を流してください。
- PET/CT 検査は PET 撮影と CT 撮影を行います。その 2 つの撮影画像を重ね合わせることでより良い診断をすることができます。撮影中は PET 画像と CT 画像がズレないようにするために動かないようにしてください。
- 撮影終了後はリカバリー室にて 20～30 分休憩していただきます。体内にある薬剤が十分に減衰してからお帰りいただきます。
- 検査後の当日は、乳幼児や小さなお子様、妊娠されている方との親密な接触はなるべく控えるようお願いいたします。それ以降につきましては、特段制限はございません。