



# PET-CT検査に関する説明と同意書

三原市医師会病院  
医師 奥崎 健

以下をお読みにになりご持参下さい。検査当日ご説明いたします。

## 1.PET-CT検査について(目的と副作用)

PET検査は、フルオロデオキシグルコース(以下、FDG)という薬剤を注射した後に撮影を行い、FDGの集積により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。本院に導入されたPET-CT検査ではこのPET画像と従来X線CTの画像を同時に撮影することで、より多くの情報で精度の高い検査が行えます。

使用するFDGは放射性医薬品ですが、この薬剤による副作用の心配はありません。PET検査1回の被曝量は胃のバリウム検査とほぼ同等で、この被曝線量にX線CT撮影の被曝線量が加わりますが、通常は放射線障害の心配はありません。ただし、妊娠している(可能性のある)方には原則として検査を行いません。

## 2.PET-CT検査を受けるにあたり次の点をご理解下さい(診断の限界について)

FDGは糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積します。また、尿から排泄されるので、腎臓や尿管、膀胱にも強く集積します。このためこれらの臓器の診断は難しくなります。5mm以下の小さながんや肝細胞癌や胃癌などのように、FDGが集積しにくいがんもあります。一方、FDGは炎症や甲状腺腫、大腸腺腫などの良性疾患にも集積することがあります。このようにPET/CT検査単独で診断が必ずしも確定するものではありません。

## 3.その他

- ◆当院では検査医薬品を医薬品メーカーから配送で供給を受けます。交通事情等で検査時刻が若干遅れたり、検査が遂行できない可能性もあることをご了承下さい。
- ◆当院では、皆様方の様子と検査の進行状況の把握のためにモニターカメラを設置しております。また、PET検査結果を学術研究発表や他の医療機関との連携のために利用することがありますが、個人情報管理に万全を期すとともに、氏名などのプライバシーは一切公表することはありませんので、ご理解下さい。

## 同 意 書

私は上記の説明を十分理解した上で検査を受診することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 印

(自署もしくは捺印)

※この説明と同意書は検査(健診)当日お持ち下さい

# PET-CT検査(保険診療)問診表

※PET-CT検査を適切にお受けいただき、正しい診断をさせていただく上で、以下の問診の内容が必要になります。可能な限り正確にご記入下さい。

三原市医師会病院

受診年月日	平成      年      月      日		
氏 名		性 別	男      ・      女
生年月日	大   ・   昭   ・   平                      年                      月                      日 (                      歳)		
身 長	.                      cm	体 重	.                      kg
<p>1. 現在治療中の病気はありますか。                      ない                      ある</p> <p>    あると答えた方は、具体的にどんな病気と治療ですか。</p> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>			
<p>2. 医師から処方され、服薬中の薬はありますか。                      ない                      ある</p> <p>    あると答えた方は、具体的にどんなお薬ですか。</p> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>			
<p>3. 糖尿病と言われたことはありますか。                      ない                      ある</p> <p>    あると答えた方は、インスリンを使用していますか。      使用している                      使用していない</p>			
<p>4. 癌の病歴がありますか。                      ない                      ある</p> <p>    あると答えた方は、具体的に教えて下さい。(                      )歳時に(                      )癌を発症</p>			
<p>5. 手術を受けたことがありますか。                      ない                      ある</p> <p>    あると答えた方は、具体的に教えて下さい。(                      )歳時に(                      )の手術</p> <p style="text-align: right;">(                      )歳時に(                      )の手術</p>			
<p>* 女性の方はお答え下さい。</p> <p>月経はありますか。                      ある                      閉経 (                      歳時)</p> <p>最終月経 (                      月                      日 ~                      月                      日) (                      順                      不順 )</p> <p>妊娠の可能性                      なし                      あり</p>			

# PET-CT 検査予約表

予約日時	平成	年	月	日 (曜日)	時	分
来院時間	時 分 (予約時間の40分前にお越し下さい)					

受診者	様 (大・昭・平 年 月 日生)
-----	------------------

《検査の流れ》  
受付 → 問診 → 注射 → 待機 → PET-CT検査 → 会計(終了) 所要約 2時間30分

《検査の注意事項》

◎検査前日・当日のお過ごし方、お食事について

- ・検査前日および当日は激しい運動はしないようにして下さい。
- ・この検査は糖분을摂取すると結果判定に大きな(悪い)影響がでます。  
当日の食事は予約時間の5時間前までに軽くお済ませ下さい。その後は何も口にしないで下さい。ただし、お水・白湯に限っては、ご自由にとっていただいて結構です。

◎服薬について

- ・下痢・緩下剤を使用している方は、検査前日より服用しないで下さい。
- ・血糖降下薬ならびにインスリン注射を使用されている方は  
予約時間が午前(10時まで)の場合は使用しないで下さい。  
予約時間が午後(12時以降)の場合は、朝食後使用していただいて結構です。
- ・その他の薬は検査に影響はございませんが、当日の服薬についてはかかりつけの先生の指示に従ってご使用下さい。

◎その他

- ・痛み止めを服用されている方は持参して下さい。
- ・検査前1週間以内はバリウム(胃透視・注腸)検査を実施しないで下さい。
- ・予約のキャンセルは前日の17時(前日が土・日・祝日の場合はその前日)までに、当院放射線科専用電話 0848-62-3117 までご連絡下さい。
- ・撮影は約30分程度で終了しますが、必要に応じて追加で撮影(約20分)を行う場合があります。長く仰向けに寝ることが困難な方は、事前にご相談下さい。

《当日ご持参いただくもの》

- PET-CT 検査予約表(本紙)
- PET-CT 問診表
- PET-CT 検査に関する説明と同意書
- 主治医からの診療情報提供書(紹介の場合のみ)
- 健康保険証・各種受給者証
- 検査費用：3割負担で約3万円(カード支払いも可能です)

地域医療支援病院

三原市医師会病院

〒723-0051 広島県三原市宮浦1丁目15番1号

TEL 0848-62-3113

FAX 0848-62-7505