

患者氏名

虎の門病院登録番号

【虎の門病院用】

FDG-PET/CT 検査に関する意思確認書（紹介検査一般用）

（ご紹介元）医療機関名

説明医師

- この検査は、FDG というがんや炎症に集まる放射性診断薬を腕の静脈から注射して、専用の PET/CT カメラで撮影を行う画像診断検査です。がんや炎症を評価することができます。
- 注射してから約 1 時間の安静の後、撮影を行います。撮影は約 20 分で、全身(頭部から大腿部付近まで)を撮影します。検査全体の所要時間は 2 時間半～3 時間です。
- FDG の注射による体の被ばくは胃のレントゲン検査と同じくらいで、これに CT の被ばくが加わり、PET/CT 検査全体で 10～15mSv 程度の被ばく量となります。FDG の放射線量は約 2 時間で半分になり、さらに尿中に排泄されるので、ほぼ 24 時間でなくなります。放射線障害の心配はありません。
- FDG はブドウ糖に似た物質ですので、アレルギーの心配はありません。しかし、静脈穿刺によって迷走神経が刺激されることで血圧が急激に低下する、ご気分が悪くなるなどの症状がでることが、ごくまれにあります（迷走神経反射）。
- 検査前 5 時間は絶食です。水、甘くないお茶以外、摂取しないでいただきます。糖尿病の薬(内服薬、インスリン製剤)の使用もできません。その他のお薬の服薬は、主治医(処方医師)の指示に従ってください。
- 排泄、お着替え、撮影時の移動などはご自身で行っていただく必要があります。排泄、お着替え、撮影時の移動などにおいて介助が必要な方にはご家族の付き添いと介助をお願いします。また、閉所恐怖症などで待機中や撮影中の静止を保つことが難しい方は検査をお受けになれません。
- 検査費用は、保険診療・3 割負担の方の場合、3 万円程度です。ただし、合併症・副作用が生じて治療を行った場合、別途診療費が生じます。
- 検査結果はご紹介元の医師宛に郵送いたしますので、ご紹介元の医師よりお聞きください。
- 予約のキャンセルや変更をご希望の場合は、検査の 1 営業日前の 16 時までに画像診断センター受付にご連絡ください。

虎の門病院長 殿

私は、FDG-PET/CT 検査（検査予定日 年 月 日）について、上記の説明を全て理解し、検査を受けることについて以下のように決定しました。

☐ 同意します

☐ 同意しません

記載日時： 年 月 日 時 分

■患者署名（自筆）： (代筆者： 続柄：)

■代理判断者署名（自筆）： (続柄：)

同席者*： (続柄：)、 (続柄：)

連絡先（患者と異なる場合）電話番号：

*緊急時を除き、未成年者の場合は親権者、患者本人が署名できない場合は意思決定を代行できる同席者の署名が必要です。

患者氏名

虎の門病院登録番号

【患者控】

FDG-PET/CT 検査に関する意思確認書（紹介検査一般用）

（ご紹介元）医療機関名

説明医師

- この検査は、FDG というがんや炎症に集まる放射性診断薬を腕の静脈から注射して、専用の PET/CT カメラで撮影を行う画像診断検査です。がんや炎症を評価することができます。
- 注射してから約 1 時間の安静の後、撮影を行います。撮影は約 20 分で、全身(頭部から大腿部付近まで)を撮影します。検査全体の所要時間は 2 時間半～3 時間です。
- FDG の注射による体の被ばくは胃のレントゲン検査と同じくらいで、これに CT の被ばくが加わり、PET/CT 検査全体で 10～15mSv 程度の被ばく量となります。FDG の放射線量は約 2 時間で半分になり、さらに尿中に排泄されるので、ほぼ 24 時間でなくなります。放射線障害の心配はありません。
- FDG はブドウ糖に似た物質ですので、アレルギーの心配はありません。しかし、静脈穿刺によって迷走神経が刺激されることで血圧が急激に低下する、ご気分が悪くなるなどの症状がでることが、ごくまれにあります（迷走神経反射）。
- 検査前 5 時間は絶食です。水、甘くないお茶以外、摂取しないでいただきます。糖尿病の薬(内服薬、インスリン製剤)の使用もできません。その他のお薬の服薬は、主治医(処方医師)の指示に従ってください。
- 排泄、お着替え、撮影時の移動などはご自身で行っていただく必要があります。排泄、お着替え、撮影時の移動などにおいて介助が必要な方にはご家族の付き添いと介助をお願いします。また、閉所恐怖症などで待機中や撮影中の静止を保つことが難しい方は検査をお受けになれません。
- 検査費用は、保険診療・3 割負担の方の場合、3 万円程度です。ただし、合併症・副作用が生じて治療を行った場合、別途診療費が生じます。
- 検査結果はご紹介元の医師宛に郵送いたしますので、ご紹介元の医師よりお聞きください。
- 予約のキャンセルや変更をご希望の場合は、検査の 1 営業日前の 16 時までに画像診断センター受付にご連絡ください。

虎の門病院長 殿

私は、FDG-PET/CT 検査（検査予定日 年 月 日）について、上記の説明を全て理解し、検査を受けることについて以下のように決定しました。

☐ 同意します

☐ 同意しません

記載日時： 年 月 日 時 分

■患者署名（自筆）： (代筆者： 続柄：)

■代理判断者署名（自筆）： (続柄：)

同席者*： (続柄：)、 (続柄：)

連絡先（患者と異なる場合）電話番号：

*緊急時を除き、未成年者の場合は親権者、患者本人が署名できない場合は意思決定を代行できる同席者の署名が必要です。