

検査日時 年 月 日 時 分

ID番号 氏名 殿

診療科 放射線 依頼医 宮坂 健司

以下、問診の内容が必要になります。紹介元で、検査予約時に御記入下さい。

① 車椅子移送や介護が必要ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド移送 ※ 転倒の恐れがある場合、患者家族に付き添いをお願いします。
② 現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	病名： 治療方法：
③ 手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	病名： 時期： 歳時
④ 癌の病歴がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	病名： 時期： 歳時
⑤ 服薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	薬名：
⑥ 糖尿病と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 内服中 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 食事・運動療法
⑦ 閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/> はい (検査可能か判断をお願いします。) <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧ アスベスト(石綿)を取り扱う仕事や塵肺と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	仕事： 職歴： 年
⑨ 《女性限定》 -1 月経はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (歳時閉経)	
-2 最終生理日はいつですか？	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順	月 日 ~ 月 日
-3 妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※ 保険適応の可否について適応疾患の確認をお願いします。⁶⁷Ga シンチと同月検査は、適応外です。

以下、検査当日に外来PET担当看護師が記入します。

① 絶食	<input type="checkbox"/> 守られている <input type="checkbox"/> 守られていない	時頃 何を：
② 水分制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	③ バリウム検査 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 日前
④ 体重の増減	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	期間： ヶ月 十 ・ 一 kg
⑤ 注射前血糖値 ()		⑥ 身長 体重 cm 身長 体重 kg
⑦ 薬剤投与	投与時間 時 分 投与量 MBq	
⑧ 注射部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> その他

以下、同意書の内容が必要になります。紹介元で、検査予約時に御記入下さい。

① 検査について

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ます。FDG 製剤による副作用はきわめて低いと考えられています。また本検査、保険適用でない場合全額、自己負担となります。保険適用の可否など疑問の際は、依頼医にお尋ね下さい。

② 検査の限界について

がんの種類や部位、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。被曝は胃のバリウム検査とほぼ同等の被曝があるとされています。その為、医学的に問題となる可能性はきわめて低いと考えられます。

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。キャンセルにつきましてはできるだけ早めに、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 4 万 6 千円)が請求される場合があります。

⑤ 医学的利用について

本検査で得られた画像などは、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、また検査で使用する薬剤が、毎朝、岡山から配送されます。その為道路状況または天候により、配送が難しく検査ができない場合があります。ご了承ください。車椅子移送や介護を必要とされる方は、御家族に付き添いをお願いしております。副作用や偶発的な症状に対して、診察・処置・投薬が必要になったときは通常の保険診療でさせていただきます。あらかじめ御了承下さい。

《 同意署名欄 》

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター 病院長 殿

PET-CT 検査の目的、必要性を依頼医より説明を受け、PET-CT 検査 同意説明書を読み PET-CT 検査について理解し、検査を受けることに同意します。

同意日 令和 年 月 日

患者本人 : 署名(自署) _____

代理人(続柄) _____ 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。