

検査日時 年 月 日 時 分  
診療科 放射線科  
依頼医師 ID  
氏名 様

## PET- CT 検査同意書

以下の内容を確認していただき、ご署名ください。紹介元医療機関にて検査予約の際にご記入ください。

### 検査で使用する薬について

- ・本検査は、放射線を発生する薬(放射性医薬品)を注射します。  
本剤による副作用は極めて低いと考えられています。

### 被ばくについて

- ・本検査は、放射線を発生する薬(放射性医薬品)を使用するため被ばくがあります。
- ・体内に取り込まれた薬からの放射線は、時間の経過とともに自然になくなりますのでご安心ください。
- ・当院では、関連学会等のガイドラインに準じ、安全な放射線量で検査を行っています。

### 検査費用について

- ・病気の内容によって保険が適用されない場合があります。  
保険適用の可否については、医師にご確認ください。
- 保険適用の場合 : 負担3割の方は約3万円 / 負担2割の方は約2万円
- 保険適用外の場合 : 約10万円

### キャンセルや予約変更について

- ・検査で使用する薬は検査時刻に合わせて岡山県から配送されます。
- ・キャンセルの場合、必ず検査前日(休日を除く)の午後3時までにご連絡をお願いします。
- ・連絡なく来院されなかった場合、検査費用を負担していただきます。

### 個人情報について

- ・検査結果を医学発展のため、学会等への発表に使用させていただく場合があります。
- ・使用時に患者様の氏名等が特定されることは一切ありません。
- ・この趣旨にご理解をいただけますようお願いいたします。なお、希望されない場合はあらかじめお知らせください。

### その他

- ・検査は約3時間かかりますので、当日の日程には十分余裕を持っておこしください。
- ・検査で使用する薬は、岡山県から配送されます。道路状況または天候によっては、検査開始が遅れたり、検査ができなくなる場合があります。また、検査機器のトラブルにより検査が行えなくなる場合もあります。
- ・転倒しやすい方、介助の必要な方などは検査中ご家族の付き添いが必要です。
- ・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場合は保険診療で対応します。あらかじめご了承ください。

《 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  
検査の目的や必要性について説明を受け内容について理解しました。検査を受けることに同意します。

同意日 : 令和 年 月 日

患者署名 : \_\_\_\_\_  
代理人署名 : (続柄 ) 代理人が署名する場合は、本人との関係を明記してください。

依頼医師署名 : \_\_\_\_\_

検査担当者確認日: 月 日

検査日時 年 月 日 時 分  
診療科 放射線科  
依頼医師  
ID  
氏名 様

## PET- CT 検査問診書

患者様記入欄 紹介元医療機関にて検査予約の際にご記入ください。

|                                                                                                                      |                                                             |                                                                                                 |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 独立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド |                                                             |                                                                                                 |    |
| <u>※転倒しやすい方、物忘れのある方や、介助の必要な方は検査中家族の付き添いが必要です。</u><br><u>※ICD等の除細動機能付き機器を植え込んでいる方は検査を行うことができません。</u>                  |                                                             |                                                                                                 |    |
| 現在治療中の病気がありますか？                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 病名：                                                                                             |    |
| 手術を受けたことがありますか？                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 病名：<br>時期：                                                                                      | 歳時 |
| がんの病歴がありますか？                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 病名：<br>時期：                                                                                      | 歳時 |
| 服用中の薬がありますか？                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 薬名：                                                                                             |    |
| 糖尿病と診断されたことがありますか？                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 内服中 <input type="checkbox"/> インスリン<br><input type="checkbox"/> 食事・運動療法 |    |
| アスベスト(石綿)を取り扱う業務への従事や塵肺と診断されたことがありますか？                                                                               | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 仕事：<br>職歴：                                                                                      | 年  |
| 閉所恐怖症ですか？                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | ※検査可能かあらかじめ判断をお願いします                                                                            |    |
| 女性の方へ                                                                                                                |                                                             |                                                                                                 |    |
| 月経がありますか？                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ | 閉経：                                                                                             | 歳  |
| 「はい」の方、最終生理日はいつですか？                                                                                                  | 月 日 から 月 日                                                  |                                                                                                 |    |
| 妊娠している、またはその可能性がありますか？                                                                                               | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |                                                                                                 |    |

※保険適応の可否について疾患の確認をお願いします。 ガリウムシンチ検査と同月の場合、保険適応外になります。

検査担当看護師記入欄

|         |                                                                     |                                                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 絶食      | <input type="checkbox"/> 守られている<br><input type="checkbox"/> 守られていない | 時頃 何を：                                                                                                          |
| 水分制限    | <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> ある          |                                                                                                                 |
| 胃バリウム検査 | <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> ある          | 日前                                                                                                              |
| 身長・体重   | cm      kg                                                          |                                                                                                                 |
| 注射前血糖値  | mg/dl<br>※150 mg/dl以上は放射線科医師に確認                                     | <input type="checkbox"/> 放射線科医師の許可                                                                              |
| 薬剤投与    | 投与時刻 時 分                                                            | 投与量 MBq                                                                                                         |
| 注射部位    | <input type="checkbox"/> 右<br><input type="checkbox"/> 左            | <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> その他 |