（病院控え）

# 検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ ＿＿＿＿ 患者氏名 ＿＿＿＿＿＿ 性別 ＿＿ 生年月日 ＿＿＿＿＿ 年齢 ＿＿＿才

説明年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿
説明場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　　説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ （職種　　）

病名　1 ＿＿＿＿＿＿　2 ＿＿＿＿＿＿　3 ＿＿＿＿＿＿

説明内容

## FDG-PET/CT検査を受けられる患者様へ

### 1．PET-CT検査について

PET検査とは陽電子放出断層撮影のことです。当院では、放射性同位元素（F-18）で標識されたフルオロデオキシグルコース（FDG）という薬剤を静脈注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝機能を画像化することにより、主として腫瘍の診断をするFDG-PET/CT検査を行います。PET/CT検査では、同時にCT撮影を行い、形態情報を画像化することでより詳細な画像診断を行うことができます。

### 2．検査の安全性について

PET検査薬はブドウ糖によく似た形の薬ですので、アレルギー等の副作用の心配はありません。
PET検査薬による被ばく線量は、胃透視検査と同程度といわれています。PET-CT検査では、これにCT撮影による被ばくも加わりますが、これらの線量では放射線障害が起こることはありません。

### 3．FDG-PET/CT検査の限界について

FDGは糖代謝の盛んな脳、心臓、肝臓に強く集積します。また尿から排泄されますので、腎臓、尿管、膀胱にも集積します。胃や大腸にも生理的に薬剤が集積する場合があります。そのためこれらの臓器の診断は難しくなります。

FDGはがんだけでなく炎症性疾患や一部の良性疾患にも集積します。
1cm以下の小さながん、糖代謝の低いがん、細胞密度の低いがんは診断できない場合があります。
PET-CT検査には限界があり、すべてのがんを検出できるわけではないことをご理解ください。

### 4．血糖値の測定について

PET検査薬は血液中の糖の値に影響を受けますので、検査直前に血糖の簡易測定を行います。血糖値が高い場合は診断能力が低下するため、検査を中止することがあります。

### 5．検査のキャンセルについて

PET検査薬は有効期限が非常に短く、高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されますので、検査をキャンセルされる場合はできるだけ早くご連絡ください。

連絡なく来院されなかった場合は、PET検査薬の実費（約48,000円）を徴収させていただく場合がありますので、ご了承ください。

---

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　　同 席 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
※署名があれば捺印は不要です。　　続　柄（　　）
代諾者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
続　柄（　　）
※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

一般財団法人　甲南会
甲南医療センター・六甲アイランド甲南病院