

検査・処置に関する説明と同意書

ID _____ 患者氏名 _____ 生年月日 _____ 才 _____

説明年月日 _____

説明場所 _____

説明医師 _____ (印) 説明医師 _____ (印)

病院同席者 _____ (印) (職種 _____)

病名 1 _____ 2 _____ 3 _____

説明内容

アミロイド-PET検査を受けられる患者様へ

1. PET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。PET検査では、放射性医薬品を静脈注射した後に撮影を行います。投与された放射性医薬品は、体の中で様々な部位に分布し、分布の仕方をPET装置で撮影して画像化します。

2. アミロイドPET検査について

アミロイドPET検査は、アルツハイマー型認知症かどうかの診断に有用な検査で、アルツハイマー型認知症の治療を目的とした方に行います。

脳内にアミロイドβたんぱく質が蓄積することがアルツハイマー型認知症の発症につながるとされており、この検査で脳内のアミロイドβたんぱく質の蓄積の程度を確認します。

3. アミロイドPET検査の限界について

アミロイドPET検査は脳内のアミロイドβたんぱく質の蓄積の程度を高い精度で診断することができますが、アルツハイマー型認知症の確定につながるものではありません。他の神経疾患や正常認知機能を有する高齢者においても、同程度の蓄積を呈することがあります。このため、他の検査結果や臨床経過を総合して判定する必要があります。

4. アミロイドPET検査の安全性について

アミロイドPET検査に用いる放射性医薬品による副作用は極めてまれですが、少量のエタノールが含まれていますので、アルコールに対して強い反応がある方はお申し出ください。

放射性医薬品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。

5. 検査のキャンセルについて

アミロイド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、アミロイドPET検査薬の実費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 _____ (印) 同席者 _____ (印)

※署名があれば捺印は不要です。

続柄 (_____)

代諾者氏名 _____ (印)

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。