

アミロイド PET 検査の説明・同意書

患者氏名 _____ 様 男・女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

検査当日は予約時間の **60 分前**までに総合受付を済ませ F:放射線受付にお越しください。



お持ちいただくもの

- ①アミロイド PET 検査問診票
- ②アミロイド PET 検査の説明同意書・アミロイド PET 検査を受けられる方へ
～この紙です～ 事前によくお読みください
- ③保険証、診察券、マイナンバーカード
- ④尿とりパッドなど(おむつを着用している方のみ)
- ⑤検査費用 検査費用は保険証の負担割合、限度額認定証の有無等で異なります

予約日時に来院できない場合は前日(土曜・日曜・祝祭日を除く)の 14 時までにご連絡ください。

検査薬は高価で、検査当日に輸送されてきます。数時間で放射線が消滅してしまうため、検査薬剤が無駄になった場合は所定のキャンセル料を頂くこともありますので、当日のキャンセルはご遠慮くださいますようお願いいたします。

連絡先 **0995-42-1171**

アミロイド PET 検査を受けられる方へ



1. 検査前にご注意いただくこと

- (1) 飲食・お薬に制限はありません。
- (2) 閉所恐怖症の方またはその可能性のある方
トンネルのような筒の中に 20 分ほど入って検査・撮影します。
閉所恐怖症がある方、またはその可能性のある方は十分納得されてから検査をお受けください。
- (3) 被ばくについて
放射性物質を使用しますので微量ですが被ばくがあります。
被ばくの程度は胃バリウム検査と通常の CT 検査の間程度(4～10mSv) といわれております。
主治医の先生は被ばくによる不利益より PET-CT 検査で得られる情報の有益性のほうがはるかに高いと判断されてこの検査を選択しています。
検査後の患者さんの体からも微量の放射線がしばらく出ますので、終了後約 10 時間は乳幼児や妊婦との密接な接触は避けてください。人混みの場所もお控えください。
妊婦の方や妊娠の可能性のある方には検査を行いません。
授乳婦の方は 24 時間授乳を中止してください。

(4)ご了解いただきたい点 一よくお読みになり同意お願いいたしますー

検査薬は受注生産となっており、検査時間に合わせてメーカーから輸送されてきます。また検査薬は当院に届いてから約 2 時間で使用できなくなるため、他の受診者に使用することができません。

このため、直前にキャンセルされると検査薬は無駄になります。

つきましては、都合で検査日時に来院できなくなった場合は、**必ず前日(土曜・日曜・祝祭日を除く)**

14 時までに当院に連絡くださいますようお願いいたします。

連絡なしに来院されなかった場合、予約時間より遅れて来院した場合、など検査が実施できない状況の場合無駄になったお薬の費用(約 20 万円)をご負担いただきますことを申し添えます。

交通事情による薬剤輸送の障害や、装置トラブルなどによる検査時間の遅れ、延期、中止もあり得ます。

その際はなにとぞご了承ください。

検査当日は、外来診察や、他の検査を受けることはできません。

(6)検査薬剤の副作用について

この検査で使用する薬剤での副作用は極めてまれですが顔面潮紅、頭痛、血圧上昇、めまいなど(添付文書より)です。

薬剤に微量のアルコールを含むため、アルコール過敏症の方は注意が必要です。

2.検査の流れ

検査予約時間の 60 分前に総合受付を済ませ F:放射線受付にお越しください。

検査当日は長距離の歩行、自転車での来院はお控えください。

検査前に問診や、体重を測定します。

必要時検査着に着替えていただき、お薬を注射します。

お薬がいきわたるように注射後約 90 分間は安静にしてお休みいただきます。

安静中は、検査に影響しますので食事・運動・読書、テレビや音楽などの鑑賞はできません。

検査前に排尿していただきます。撮影時間は約 20 分です。撮影後しばらく休んでいただきます。

約 3 時間は PET 検査室から出ることはできませんので、時間には充分な余裕をおもちください。

会計後ご帰宅になります。検査後は食事や運動の制限はありません。

使用した薬剤は尿と共に排出されますので、水分を多めに飲んでください。

各部屋テレビカメラで検査の進行状況を把握し、皆様をご案内しております。動画を録画したり、プライバシーを侵害したりするものではありませんのでご理解ください。

検査結果を学会等で使用することがありますが、プライバシーに関する個人情報が公表されることはありませんのでご理解と同意いただきますようお願いいたします。

3.アミロイド PET 検査について

(1)アミロイド PET 検査とは

アミロイド PET 検査は 3 大認知症(アルツハイマー認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症)の中で最も多いといわれているアルツハイマー認知症を引き起こすアミロイドβ蛋白の蓄積を調べる検査です。

(2)利点

低侵襲に脳内のアミロイドβ蛋白の蓄積が、陽性が陰性を判定できる。

(3)欠点

放射性医薬品の投与および CT 撮影による被ばく。

4. 介助が必要な患者さんについて **―付き添い・介助が必要な患者さんのご家族は必ずお読みください―**

PET 検査で使用する薬剤は放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。

医療従事者は法律上放射線被ばくの制限があるため注射後医療従事者は患者様の介助につくことができません。安静中付き添いが必要・おむつ交換やトイレ介助が必要な方は家族の付き添いをお願いします。

但し妊婦や授乳中の方・乳幼児の付き添いはできません。

付き添いの方も放射線による被ばくを避けることはできません。ですが被ばくする放射線の量はごく少量(胸のレントゲン 2 回程度の被ばく)ですので身体に影響が表れることはありません。

介助が必要な患者さんの際には上記内容を理解・同意の上、下記同意書に必要時介助者署名欄に署名いただき検査をお受けください。

上記 PET 検査の長所と限界、注意事項をよくご理解の上検査をお受けください



私は上記内容を十分に理解し、アミロイド PET 検査を受けること、薬剤費用負担、必要時患者介助に

☐ 同意する

☐ 同意しません

署名年月日: 年 月 日

本人署名: _____

代理人: _____ (続柄:)

必要時介助者署名: _____

説明医師: _____ 病院名: _____

アミロイド PET 検査の問診表

以下の質問は、正確に診断するための重要な事項ですので、該当する項目にご記入し
当日必ずお持ち下さい。□に✓でお答えになり、該当する()や空欄にご記入ください。



1.身長_____cm 体重_____kg

2.これまでにアミロイド PET 検査を受けたことがありますか？

☐ はい ☐ いいえ

・『はい』の場合、いつ頃ですか？ (年 月頃)

3.体内や体の皮膚に手術やけがでインプラント・金属・人工物がありますか？

(例:脳動脈瘤クリップ、整形外科手術インプラント、心臓ペースメーカー、その他電子機器)

※**持続型血糖測定器をされている方は検査できません。**持続型血糖測定器は外す必要があります。

主治医に相談してください。

CT が撮影可能な状態で PET-CT を依頼ください。

☐ ある (何が: どこに:) ☐ いいえ

4.アレルギーはありますか？

☐ ある (アレルギー名:) ☐ いいえ

5.CT、MRI 検査などの狭い場所は苦手ですか？

☐ はい ☐ いいえ

※狭いトンネルで 20 分～30 分動かないで検査を行います。

『はい』の場合、検査ができない可能性があります。 主治医に相談してください。

6.約 20 分間の検査時間、安静に寝ていることができますか？

☐ はい ☐ いいえ

※『**いいえ**』の場合、検査時安静が保てない方は検査ができない可能性があります。 主治医に相談してください。

7.女性の方のみお答えください

・現在月経はありますか？ ☐ ある(閉経していない) ☐ 閉経した

『ある』の方 月経周期(最終月経日) 月 日 ～ 月 日

・現在、妊娠の可能はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

※『はい』の場合、**妊娠の可能性のある方へは検査できません。** 主治医に相談してください。

・授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

※『はい』の場合、**24 時間授乳は中止してください**

PET 紹介元医療機関のスタッフの方へ

PET 依頼発生時に全て記入をお願いします。主治医確認項目に当てはまる場合は、主治医確認をお願いします。