

患者カナ氏名

生年月日

患者ID

FDG-PET/CT検査予約表・検査説明書

様

検査日時 年 月 日 時 分

検査前に問診・注射がございますので必ず上記検査日時の**2時間前**までにR棟にお越しください

【検査当日は、受付をしてから、R棟放射線科受付へお越しください】

<目的>

微量な放射線同位元素を投与し画像を得ることで病気の有無を調べる検査です。

<検査前日からの注意事項>

検査前日の21時以降は水および白湯のみ摂取可能となります。

検査当日は糖尿病治療薬の服用を控えるようお願いいたします。

前日の運動は画像に影響があるため極力控えるようお願いいたします。

<検査当日の注意事項>

- 事前に問診表をご記入の上、放射線科受付にご提出ください。なお当日問診票をお忘れの方は、お手数ですがスタッフまでお申し出てください。
- 検査当日は画像に影響があるので以下の行動を控えるようお願いいたします。
 - ① 水や白湯以外のものを摂取すること。
 - ② 自転車やジョギングなどの運動をとまなう来院、およびガムを噛むなど筋肉をつかう行動。

<検査の流れと検査時間>

総検査時間 約150分

- 検査を受ける際はご用意した検査着に着替えをお願いします。
- 放射性同位元素を投与した後、50分程度安静にして待機していただきます。良好な画像を得るために安静にしてください必要があります。その際は読書やスマートフォンの使用も控えていただくようお願いいたします。
- 案内がございましたら待合室内のトイレで排尿をお願いいたします。その際検査着に尿が付着することを防ぐため男性の方も必ず座っての排尿をお願いいたします。
- 検査室にて検査開始。所要時間は15分程度となります。検査中は体を動かすことができませんので、閉所恐怖症などで不安がある方は検査開始前にスタッフまでお声かけください。
- 検査終了後50分程度待機していただき検査終了となります。

何か不明な点がございましたら、検査前日までに担当者までお申し出てください。

千葉西総合病院（代表） TEL: 047-384-8111 放射線科担当者

患者カナ氏名

生年月日

患者ID

FDG-PET/CT検査同意書

【FDG-PET/CTについて】

微量な放射線を放出する薬を投与しその分布を調べる検査で、副作用の極めて少ない検査です。

【FDG-PET/CTの被ばくについて】

標準体重の方で8～10ミリシーベルトになります。同じ放射線を使用するCT検査では2～15ミリシーベルトとなります。

【FDGについて】

糖代謝を検出するためのお薬です。糖分摂取や運動の影響を大きく受けます。

【FDGの副作用について】

重篤な副作用の報告はございませんが、稀(1%程度の頻度)に嘔気やそう痒感をともなう場合があります。

【注意事項】

- ①検査前6時間以上の絶食および糖分の制限
- ②糖代謝に影響を及ぼす糖尿病治療薬の制限
- ③筋肉に集まる性質を抑制するための前日および当日の運動の制限
- ④投与後24時間以内の授乳および12時間以内の乳幼児との密着の制限

【検査禁忌】

体内埋込型除細動器(ICD)は原則検査ができませんので、前日までにお申し出ください。

【検査限界について】

病気の種類や大きさによっては発見されない場合があります。また血糖が高い場合も病気が発見されない可能性があります。

【依頼医およびご家族様へ】

職員の被ばく防止の観点から、日常生活に介助が必要な方への検査および緊急以外での同日他検査はできるだけお控えください(依頼時は要相談)。検査2日以内の内視鏡、1か月以内のバリウムやガストログラフィン検査は検査結果に影響する可能性があります。聴覚・視覚などの障害や1人での移動が困難な方はご家族などの同伴およびお手伝いをお願いします。

【検査の中止について】

検査に使用する放射性医薬品は使用期間が非常に短く、保存が出来ないため予約時間に合わせて注文しています。そのため以下の場合には検査を中止する場合があります。

- ①食事制限や内服制限が守られていない場合および予約時間が守られていない場合
- ②自然災害などで薬の配達が遅れる場合および装置の故障などで検査が遅れる場合

【検査の変更・キャンセルについて】

検査の予約変更およびキャンセルは検査前日の15時までにご連絡ください。なお患者様の都合(食事制限が守られていない、遅刻などを含む)での検査当日のキャンセルや無断キャンセルされた場合は使用予定であった医薬品の実費49,500円(税込)をお支払いいただく場合があります。

私は、医師よりFDG-PET/CTの必要性を説明を受け十分に理解しました。

年 月 日 時

患者氏名

代諾者氏名

(続柄:)

今回の検査について上記の項目について説明し同意を取得しました。

年 月 日 時

医師氏名

患者カナ氏名

生年月日

患者ID

FDG-PET/CT検査問診票

検査日 年 月 日 投与予定時間 :

様

FDG-PET/CT検査の安全な実施と正確な診断を行うために太枠内の事項にご回答ください。

最後に水以外の飲食物(アメ、ガムを含む)を摂取したのはいつですか？ ☐ 昨日 ☐ 今日 () 時頃

当日または前日に運動をしましたか？ ☐ していない ☐ した

一ヶ月以内の消化管透視・2日以内の内視鏡検査を受けましたか？ ☐ 受けていない ☐ 受けた

一ヶ月以内にワクチンの接種を受けましたか？ ☐ 受けていない ☐ 受けた

閉所恐怖症はありますか？ ☐ なし ☐ あり

仰向けで15分程度の安静は保てますか？ ☐ 保てる ☐ 保てない

水分制限はありますか？ ☐ なし ☐ あり

トイレなどの日常生活に介助は必要ですか？ ☐ 不要 ☐ 必要

糖尿病はありますか？ ☐ なし ☐ あり

「あり」とお答えの方への質問

本日は糖尿病治療薬(インスリン注射を含む)を服用されていますか？ ☐ していない ☐ した

体内金属やペースメーカーがありますか？ ☐ なし ☐ あり

今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか？ ☐ なし ☐ あり

「あり」とお答えの方への質問

病名 () いつ頃 () 病名 () いつ頃 ()

今まで手術、放射線治療、化学療法を受けたことがありますか？ ☐ なし ☐ あり

「あり」とお答えの方への質問

手術はいつ頃ですか？ (年 月頃)

放射線治療終了はいつ頃ですか？ (年 月頃)

化学療法終了はいつ頃ですか？ (年 月頃)

◇以下女性の方のみご回答ください。

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ ☐ なし ☐ あり

現在授乳していますか？ ☐ いいえ ☐ はい

月経周期は順調ですか？ ☐ 不順 ☐ 順調 () 日周期

最終月経 月 日 ~ 月 日

閉経は何歳ですか？ () 歳

私は、問診票の記載に間違いがないことを確認しました。
年 月 日 時

患者氏名

検査スタッフ記載欄

身長 cm 体重 Kg 血糖値 mg/dl 測定時刻 :

測定者氏名