

(様式5)

PET検査に関する説明および同意書

ポジトロン断層撮影（PET）検査を受けるにあたり、以下のことをご理解くださいますようお願い致します。

1. PET検査について

このPET検査は、微量の放射線を出す「お薬」を、注射で静脈からからだの中に投与して、お薬の分布の様子をからだの外からカメラで撮影し、病気に関する情報を得る検査です。

この検査に使用される「お薬」は、院内で合成されたもので、厳しい製造基準に合致していることを確認したのち使用いたします。「お薬」の成分は、ブドウ糖の一部に放射性物質を付けたもので、副作用は極めて稀であります。しかし、個人差により静脈へ針を刺すときの痛みや、お薬が血液の中に入っていくときの血管の反応などで、気分が悪くなる場合もございます。治療が必要な副作用が発生した場合には、可及的速やかに治療を行う体制ができておりますので、ご安心下さい。

また、患者さまに投与する「お薬」からは少量の放射線を受けますが、将来にわたって起こりうる放射線障害を心配するような量ではありません。

からだの中に投与された「お薬」から出る放射線は2時間ごとに半分になり、その上、尿として速やかに排泄されるようにできています。翌日にはほとんど体の中に残りません。

2. 診断精度について

このPET検査は、多くの“がん”の発見に非常に有益であることが知られています。しかし、“がん”の種類やその存在場所、その時の血糖値などの条件によっては、大きな“がん”でも見つけ出せない場合があります。

(様式5)

3. 保険適応について

この検査の保険適応については、13種類の悪性腫瘍と手術を前提とするてんかん、および虚血性心疾患です。各々、適応になる場合の条件が決められています。なお、現在、日立総合病院では、「手術を前提とするてんかん」および「虚血性心疾患」に関するPET検査は扱っておりません。適応外の悪性腫瘍に関する検査の場合には、自費診療となります。

4. 検査結果の説明について

原則として、一週間以内に紹介元の医療機関に報告書を送付させていただきます。紹介元の主治医の先生からご説明を受けてください。

日立総合病院 院長 殿

私は上記の説明を理解し、以下のような結論を得ました。

(該当する方にチェックしてください)

- 以上の内容につき担当医師から説明を受け、十分に理解いたしましたので、PET検査の実施に同意し、治療の必要な副作用が生じた際に、必要な治療を受けることに同意します。
- 私は、PET検査に同意しません。

西暦 年 月 日

患者署名 _____ 印

代諾者名 _____ 印 (続柄)

代諾者住所 _____