

☐ 診療録添付用
☐ 受診者交付用

关于 PET/CT (FDG 显像剂) 检查（自费）的知情同意书

ID No. _____ 说明日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
姓名 _____ 说明医生签字或盖章 _____
出生年月日 _____ 诊疗科室 _____ 说明医生 _____
性别 _____ 在席工作人员签字或盖章 _____

1. 安全性

- ◆ 对 FDG 显像剂的过敏反应极为罕见。
- ◆ 体内的辐射量较少，因次不必担心辐射造成各项功能障碍。
- ◆ 注射显像剂后，会向体外放出核辐射，因此注射后 120 分钟内不能离开检查区域。
- ◆ 检查结束后几小时内，请尽量避免接触婴幼儿・孕妇及哺乳期女性。
- ◆ PET/CT 检查的核辐射量是胃肠道钡餐透视检查的 1 到 4 次程度。
- ◆ 注射显像剂时，过度紧张有可能引起迷走神经反射（血压下降等）。
- ◆ 一旦发生突发状况，医务人员会进行必要的紧急措施。

2. 检查利弊 PET/CT 检查的利处是可以发现多处癌症。但是根据病变种类・部位・大小有可能无法评估，并且 FDG 有时也会凝聚在炎症发生部位或正常器官，因次检查精确度无法达到 100%。重度糖尿病患者成像不清晰的情况较多，如果检查当天的血糖值超过 200mg/dl，可能需要延期。

3. 检查费用 费用及付款方式将另行说明。

4. 在教育・研究・启发活动中使用诊疗数据记录（任意） 为了提高医疗水平，我们在教育・研究・启发活动中，有可能利用到您的诊疗记录・检查数据。届时，我们会慎重利用各项数据记录，保护好患者个人信息，绝不透漏可以特定本人的各项信息。

5. 其他 FDG 显像剂是检查当天运送。我们会提前做好 FDG 运送体制，并且定期检查设备。但是尽管做好了准备，也有可能发生检查设备故障或药剂运送过程中的事故，从而大幅推迟检查时间或者无法进行检查。如果一旦发生上述情况，我们会与您商量，调整到别的日期进行检查。
- ※希望接受第二诊疗意见的患者请告知。我们将为您准备介绍信及检查结果等资料。
- ※签署完同意后，只要检查还未进行随时可撤回同意。届时请告知医生・护士。
- ※因日本和其他国家的语言和制度上的差异，对本资料有不同的解释时，以日语为准。
-

日本医科大学千叶北総医院院长 殿

本人在接受 PET/CT (FDG) 检查之际，接受了上述说明，并且充分理解了其内容。如果发生不良反应，同意接受必要的措施。

同 意 日 期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人签字或盖章 _____

代理人签字或盖章 _____ (与患者的关系 _____)

代理人签字或盖章 _____ (与患者的关系 _____)

- ☐ 診療録添付用
☐ 受診者交付用

PET/CT(FDG)検査(自費検査)に関する説明と同意書

ID No. _____ 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 説明医師自署または記名押印

生年月日 _____

性別 _____ 同席スタッフ自署または記名押印

1. 安全性

- ◆ FDG に対するアレルギー反応は極めてまれです。
- ◆ 体内の放射線被ばくの量は少ないため、放射線障害を心配する必要はありません。
- ◆ 体外にも放射線を放出するため、注射から 120 分間は検査室から出られません。
- ◆ 終了後数時間は乳幼児・妊婦・授乳中の方との接触をなるべくさけてください。
- ◆ PET/CT の放射線被ばくは胃のバリウム検査の1～4回分程度です。
- ◆ 注射の際の緊張により、迷走神経反射(血圧低下など)が起ることがあります。
- ◆ トラブルが生じた場合には、医療スタッフによる必要な緊急処置を行います。

2. 利点と欠点 利点は多くのがんを発見できることです。しかし、病変の種類・部位・大きさによって評価が難しく、炎症や正常臓器にも FDG が集まることもあり、精度は100%ではありません。重度の糖尿病があると画像が不正確になることが多く、当日の血糖値が200mg/dl 以上ある場合は検査を延期する可能性があります。

3. 検査料金 金額及びお支払いの方法は別途ご説明いたします。

4. 診療データの教育・研究・啓発利用(任意) 医療の質向上のため、検査データを教育・研究・啓発等に使用させていただく場合があります。その際は、個人情報保護について十分留意し、決して個人を特定できないようにしたデータの取り扱いをします。

5. その他 FDGは当日に輸送されます。検査機器の点検及び FDG の輸送体制には万全を期していますが、万が一の機器の故障や輸送中の事故などの際には、検査が大幅に遅れる・あるいは出来なくなることがあります。その場合には振替の検査日時に関して相談させていただきます。
- ※セカンドオピニオンをご希望の方はお知らせ下さい。紹介状及び検査結果などを準備いたします。
- ※ご署名いただいた後でもいつでも同意は撤回できます。その場合は医師・看護師に申し出て下さい。

日本医科大学千葉北総病院院長 殿

私は、PET/CT 検査を受けるに当たり、上記の説明を理解し、全て了解しました。また、副作用が起った場合には必要な処置を受けることを了承します。

同 意 日	年	月	日	代諾者自署または記名押印
				(患者との関係_____)
患者本人自署または記名押印				代諾者自署または記名押印
_____				(患者との関係_____)