

記載日 年 月 日

◆（ ）の中は、わかる範囲で詳しく記入してください。

- 閉経している 月経あり (月経周期: 約 日周期 最終月経開始日: 月 日ごろ)

* この用紙に記載されている事項は、検査の情報として活用するものであり、それ以外には使用いたしません。

PET-CT 検査同意書

1. PET-CT 検査の限界について

1cm 以下の小さながん、糖をあまり消費しないがん、腎臓や膀胱などの尿路系のがんの検出は困難とされています。

PET-CT 検査には限界があり、すべてのがんを検出できるわけではありません。また、脳疾患や心疾患における診断にもある程度の限界が存在しますので、ご理解ください。

2. 血糖値測定について

PET-CT 検査に使用する薬は血液中の糖の値に影響を受けますので、問診の際に血糖値を測定します。事前の絶食が適切にされておらず血糖値が高い場合は、検査を中止することがあります。

絶食については、別紙「PET-CT 検査を受けられる方へ」をご参照ください。

3. 付添いについて

検査時間は2時間半程度が目安となります。着替えや歩行、トイレなどを患者様お1人では困難と判断した場合は、付添いの方にも検査室内に入っていただきますので、ご了承ください。

4. 放射線被ばくについて

PET 検査薬による被ばく線量は、胃のバリウム検査と同程度とされています。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、放射線によって身体障害が起こる線量ではありません。

5. 副作用について

PET 検査薬はブドウ糖によく似た薬ですので、アレルギー等の副作用は非常に少ないとの報告があります。

6. キャンセルについて

PET 検査薬はたいへん高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されていますので、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。連絡がなく来院されなかった場合は、キャンセル料を徴収させていただきます場合がありますので、ご了承ください。

私は、上記の説明を充分理解したうえで、PET-CT 検査を受診することに同意いたします。

加古川中央市民病院長 殿

(西暦)

年 月 日

【署名欄】(本人が未成年又は署名できない場合は、保護者又は代理の方がご記入ください。)

氏 名： _____ 印 (続柄： _____)

住 所： _____

§ 検査前日にもう一度確認してください §

§ 検査前日にもう一度確認してください §

	PET-CT 検査問診票
	PET-CT 検査同意書
	500ml 程度の水、又はお茶（検査時に飲んでいただきます）
	検査資料（CT、MRI、超音波などの画像データがある場合のみ）

加古川バイパス

18

JR 加古川駅

駅前ロータリー

ヤマトヤシキ

ベルデモール

小門口交差点

じけまち商店街

2

大川町交差点

加古川橋東詰交差点

加古川橋

コナミスポーツ

ニッケパークタウン

加古川中央市民病院

中央消防署