

核医学検査(RI 検査)に関する説明(骨シンチ等)

検査日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分までに来院

1. 核医学検査について

核医学検査(RI 検査)は、特定の臓器や組織に集まりやすい性質を持った、微量の放射線を出す放射性医薬品を患者さんに投与します。放射性医薬品が目的の臓器や組織に集まり、そこから放出される放射線を専用のカメラで体外から検出します。検出したデータをもとに画像化することで病気の診断に用います。

● 核医学検査における想定される被ばく線量について

使用する薬品は放射能の減衰(放射線を出さない物質に変わる)や体からの排泄により、早いものでは数時間、遅くても数日でなくなります。放射線を受けたときの人体への影響をあらわす単位をシーベルト(Sv)と言います。放射性医薬品による被ばくは1回の検査でおよそ 0.5~15ミリシーベルト(mSv)です。検査の種類によっては補正のための CT 撮影も行い、合計の被ばく線量はおおよそ10~18mSv です。

いずれの場合においても放射線による急性健康障害が生じる心配はありません。

● 核医学検査の必要性

検査の有益性(病気の診断、治療効果の判定)が放射線被ばくによる不利益を上回ると判断される場合のみ、検査を行う必要があります。

● 外来受診で検査を受けた場合の目安料金

検査内容	検査のみの総額	1割	3割
骨シンチ	約 60,000 円	約 6,000 円	約 18,000 円
Ga シンチ	約 65,000 円	約 6,500 円	約 19,500 円
肺血流シンチ	約 40,000 円	約 4,000 円	約 12,000 円

*使用する薬剤や検査の追加などにより料金は変わりますのでご了承ください。

2. 放射性医薬品の副作用について

放射性医薬品を使用しますので、わずかな放射線被ばくを生じます。検査によって投与する放射性医薬品の量は異なりますが、被ばく線量は微量なため将来にわたって放射線障害を心配する必要はありません。また、使用される薬剤は安全性が高く、副作用はほとんどありません。

3. 医療被ばく低減に関する取り組み

核医学検査は検査の種類や撮影方法、患者さんの体重に合わせて、医師が正しく診断できる画質を担保した放射性医薬品の投与量で検査を行います。当院では日本放射線技師会や関連学会のガイドライン(診断参考レベル等)をもとに最適な放射性医薬品の投与量で検査を行い、放射線による被ばくを必要最小限にすることを実践しています。

*診断参考レベル(DRL):患者さんが検査によって受ける線量について、診断や治療の目的を担保した上で最適化するための指標

4. 各検査時間・注意事項

※食事制限がある検査のお薬の服用は、主治医にご確認ください。

- 骨シンチ

放射性医薬品投与 → 約2～4時間待機 → 撮影(約1時間)

飲食飲水制限:無し

- Ga シンチ

放射性医薬品投与 → 約48時間待機 → 撮影(約1時間30分)

飲食飲水制限:無し

下剤の服用:検査前日の夕食後

- 肺血流シンチ

放射性医薬品投与 → 約10分待機 → 撮影(約1時間)

飲食飲水制限:無し

5. 核医学検査の日時変更・キャンセルについて

放射性医薬品は有効期限が極めて短く、検査予定日に病院に届いた薬を、その日のうちに使用する必要があります。体調不良などにより検査中止をしたい場合は速やかに主治医もしくは放射線科への連絡をお願いします。

また、患者さんご自身の都合により検査をキャンセルされた場合は、当該放射線医薬品の実費相当を自己負担していただく場合があります。ご理解の上、同意をお願いします。

日時変更・キャンセル期限:検査日の2日前まで(月曜日の場合、前週の金曜日まで)

*** 院外からの紹介検査の場合**

日時変更・キャンセルの連絡は紹介元の医療機関と当院へお願いします

検査キャンセルによる放射線医薬品の実費額

検査内容	実費
骨シンチ	約 30,000 円
Ga シンチ	約 35,000 円
肺血流シンチ	約 15,000 円

6. 検査・治療成績の公表・臨床研究参加のお願い

当院は、心臓治療の発展に貢献すべく検査・治療成績を公表し、必要と考えられる研究に参加しております。本検査のデータは、医学研究に用いられ個人が特定できない状態で発表の対象となることがあります。個人情報(プライバシー)は完全に守られ、治療上の不利益となることは一切ありませんので、ご協力をお願い致します。病院ホームページにも記載がありますので、ご覧ください。質問がある場合は、お申し出ください。

※ご不明な点は当院(放射線技術科)までお問い合わせください。

RI 検査説明・同意書

患者 ID _____ 生年月日 _____

患者氏名 _____ 説明した医師 _____
(医療機関名: _____)

同意に必要な説明内容

1. 核医学検査について
2. 副作用について
3. 医療被ばく低減に関する取り組み
4. 各検査時間・注意事項
5. RI 検査の日時変更・キャンセルについて
6. 検査・治療成績の公表・臨床研究参加のお願い

私は、現在の病状及び検査等の必要性、これに伴う副作用、合併症の可能性について十分な説明を受け、理解しましたので、検査の実施を同意します。なお、実施中に緊急な処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日

患者氏名 (署名) _____

代理人氏名(署名) _____ (続柄 _____)

代理署名の方はこちらにご記入ください

公益社団法人 宮崎市郡医師会病院 (代表)0985-77-9101