

## アミロイド脳PET検査に関する説明書

アミロイド脳PET検査を受けられる方には、あらかじめ「アミロイド脳PET検査に関する同意」をいただいております。

この説明書ではアミロイド脳PET検査に関しての説明を行います。以下の項目をお読みになった後に、ご不明な点を主治医又は担当医に質問し、ご了承されましたら同意書に署名をお願いいたします。

### 1. アミロイド脳PET検査について

認知症の中で一般的な病態としてアルツハイマー型認知症があり、アミロイドβという蛋白が脳内に沈着することを端緒として認知機能が低下すると考えられています。アミロイド脳PET検査はアミロイドβの脳内沈着を画像として捉え、蓄積部位やその程度を知ることができる検査です。

PET (Positron Emission Tomography : 陽電子放出断層撮影) とCT (Computed Tomography) の特徴を融合させて脳のPET-CT撮影を行うことで高い精度が得られます。

アミロイドβと結合する<sup>18</sup>F (フッ素 18) で標識された放射性薬剤を投与した後にPET-CT撮影を行うことで、脳内の分布を得ることができます。

CTやMRIでは脳の萎縮など形の変化をみるのに対し、アミロイド脳PET検査ではアミロイドβの脳内沈着を早期に発見することができ、より早く治療方針を決定できることにつながります。

### 2. アミロイド脳PET検査の限界について

アミロイド脳PET検査ですべての脳疾患が発見されるわけではありません。アミロイドβの蓄積の有無により、アルツハイマー型認知症の発症または非発症の可能性を保証するものではなく、アミロイドβの沈着があると判定された場合でも、認知症を専門とする医師の診断が必要となります。

### 3. 安全性と危険性について

検査において使用する放射性薬剤による重篤な副作用は稀で、安全性の高い検査です。

アミロイド脳PET検査では放射性薬剤による被曝線量にCT検査による被曝線量がかかります。

PET検査による被曝線量は、胃透視 (胃バリウム検査) とほぼ同程度で、身体への影響はありません。但し、妊娠の可能性のある方、現在授乳中の方は主治医にご相談ください。

また、検査終了当日はまだ体内に微量の放射性物質が残っていますので、次のことを控えてください。

- ・当日の乳幼児との長時間の接触
- ・終了後 24 時間以内の授乳

一回の被曝線量は4～6 mSv (ミリシーベルト) 程度です。身体に重大な影響を及ぼす被曝量ではありませんのでご安心ください。

### 4. 検査を受ける際の留意事項について

- (1) PET-CTセンターでは車いすやストレッチャーの使用が困難なため、検査を受けられるご本人が自力で短時間の歩行が可能であることが必要です。
- (2) 放射性物薬剤を投与するため、注射後は体から微量の放射線が放出されます。そのため、検査中に介助の必要な方は、ご家族もしくは介助者の付き添いが必要です。(医療従事者は法律上の被曝制限があり、側で付き添って介助することができません)
- (3) 極度の閉所恐怖症で、どうしても我慢出来ない場合は、検査ができないことがあります。

5. 費用とキャンセル等の取扱いについて

アミロイド脳PET検査は、一定の要件を満たした場合に保険適用されます。保険診療で7～8万円（3割負担の場合）程度です。

都合により検査をキャンセルされる方は、検査日の前週金曜日（金曜日が祝日の場合、それ以前の平日）15時まで、遅れる場合にも事前に必ずご連絡ください。この検査に使用する薬剤は高額で使用期限の短い特殊な薬剤です。急なキャンセルや検査時間に遅れることがあると使用することができません。この場合、薬剤費用（20万円程度：税込）をご負担いただく場合があります。

キャンセル・遅刻の際の連絡先：03(3400)1311 内線 2291

6. 検査同意および同意撤回について

この検査を受けるかどうかはあなたの自由です。検査はあなたの意思を尊重して行われ、疑問が生じた場合は、いつでも担当医師から説明が受けられます。また、同意書に署名した後にこの検査を取りやめなくなった時、この同意を撤回できます。

同意の撤回を希望する時には担当医または他の職員までお申し出ください。

年 月 日

日本赤十字社医療センター

所属診療科名：放射線診断科 PETセンター

担当医師：佐藤 英尊

医療機関名：

説明医師： \_\_\_\_\_ 印

連絡先：日本赤十字社医療センター

〒150-8935 東京都渋谷区広尾 4-1-22

TEL 03(3400)1311 FAX 03(3409)1604

## アミロイド脳PET検査に関する同意書

説明日 年 月 日

説明医師名（署名） \_\_\_\_\_

1. アミロイド脳PET検査について
2. アミロイド脳PET検査の限界について
3. 安全性と危険性について
4. 検査を受ける際の留意事項について
5. 費用とキャンセル等の取扱いについて
6. 検査同意および同意撤回について

1～6について理解しました

私は、これからPET-CT検査を受けるにあたり、内容を理解し了承しましたので、この検査を受けることに同意します。

なお、実施中に緊急の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いたします。

日本赤十字社医療センター院長殿

年 月 日

患者氏名（署名） \_\_\_\_\_

代諾者氏名（署名） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

（注）代諾者欄は、未成年者の場合など、患者本人が十分に判断することができない場合などにご記入ください。

緊急連絡先  
（電話番号）

## アミロイド脳PET検査に関する同意書

説明日 年 月 日

説明医師名（署名） \_\_\_\_\_

1. アミロイド脳PET検査について
2. アミロイド脳PET検査の限界について
3. 安全性と危険性について
4. 検査を受ける際の留意事項について
5. 費用とキャンセル等の取扱いについて
6. 検査同意および同意撤回について

1～6について理解しました

私は、これからPET-CT検査を受けるにあたり、内容を理解し了承しましたので、この検査を受けることに同意します。

なお、実施中に緊急の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いたします。

日本赤十字社医療センター院長殿

年 月 日

患者氏名（署名） \_\_\_\_\_

代諾者氏名（署名） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

（注）代諾者欄は、未成年者の場合など、患者本人が十分に判断することができない場合などにご記入ください。

緊急連絡先  
（電話番号）