

アミロイドPET確認書・同意書

患者氏名 _____

当院では、患者さんに安心して検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者さんの自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。担当医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、検査の実施に同意されるときは本書にご署名下さい。

① アミロイドPET検査について

アルツハイマー病は、脳内にアミロイドβ蛋白と呼ばれる物質がたまることが原因のひとつと考えられています。アミロイドPET検査を行うことで、このアミロイドβ蛋白が脳内にたまっているかどうかわかります。

② 放射性医薬品の副作用・注意事項

本検査で使用する放射性医薬品「ビザミル静注（フルテメタモル¹⁸F）」は、重大な副作用としてアナフィラキシー（頻度：およそ0.2%）が報告されています。また、潮紅・血圧上昇・悪心・胸部不快感（1～5%未満）および頭痛・浮動性めまい（0.5～1%未満）などの症状も報告されています。さらに、本剤には微量の無水エタノールが含有（1バイアルあたり約0.14 mL）されており、アルコールに対して強い反応を示す方は事前に主治医へお知らせください。投与時には十分に観察を行い、副作用が発生した場合には速やかに処置を講じます。

③ 被ばくについて

本検査による被ばく量は、PETで4.8mSv、CTで0.13mSv、合計でも約5mSvです。この線量で放射線障害を心配する必要はありません。

④ 検査費用について

本検査は、特定の条件を満たす場合にのみ健康保険が適用されます。保険診療（3割負担）の場合、検査費用は約75000円です。保険適用の可否については、主治医にご相談ください。

⑤ 検査のキャンセルや変更について

急な予定等で来院出来なくなくなった場合、検査前日15:00までにご連絡ください。
検査前日が休みの場合（例：検査日が月曜日の場合、前週金曜日）、休み前日の15:00までにご連絡をお願いします。
無断キャンセルの場合は、検査薬の費用（約20万円）をご負担していただきます。

⑥ その他

- ・災害や交通事情により薬剤が届かない場合や装置のトラブルにより、検査時間の遅延や中止になる場合がありますのでご了承ください。
- ・検査結果を医学会や学術誌、研究会等の発表、また多くの方に検査を知っていただくために使用させていただくことがあります。その際には氏名などのプライバシーは公表されることはありません。

依頼元医療機関名 _____

依頼医ご署名 _____

上記事項について詳細に説明を受けました。その内容について十分理解し納得しましたので大阪警察病院にて検査実施について

☐ 同意いたします

☐ 同意いたしません

西暦 年 月 日

署名欄	患 者 本 人		氏 名	⑩
	患者本人が 18歳未満の場合	親権者 (代理人)	氏 名	⑩
			続 柄	父・母・()
	患者本人が 18歳以上の場合	親 族	氏 名	⑩
			続 柄	夫・妻・父・母・子・()
	同席者	⑩		同席者 ⑩

備考 この同意書は、検査当日に必ずご持参ください。

※自筆の場合は、必ずしも印を必要とはしない。