

アミロイド PET/CT 検査説明・同意書

<アミロイド PET/CT 検査とは>

アミロイド PET/CT 検査は3大認知症（アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症）の中で最も多いと言われている「アルツハイマー型認知症」を引き起こす「アミロイドβ蛋白」の蓄積を調べる検査です。この検査は、病理を画像化する「PET 検査（核医学検査）」と形状を診る「CT 検査」を同時に行います。

<核医学検査と検査時間>

核医学検査は「放射線を出す薬」を注射等で体内に取り込み、その薬が目的部位に到達するまで時間を置いてから撮影する検査です。また、薬から出ている放射線量が極微量であるため機械での収集（撮影）に時間がかかります。

アミロイド PET/CT 検査の場合は検査薬を注射してから検査終了まで 70 分から 120 分ほどかかります（薬によって検査時間が多少異なります。）

<検査に伴う被ばくについて>

放射線を用いる検査のため、わずかですが放射線による被ばくがあります。そのため、医師は診断上必要とした場合のみ検査を行い、検査における放射線被ばく量が必要最小限になるようしております。

体内に入った「放射線を出す薬」は時間を追う毎に放射線を出す能力が減少します。（この検査の薬剤は約2時間で半分に減ります）。また、体内に入った検査薬自体も尿などから体外に排出され減少してしまいます。そのため、翌日には体内に残った薬から放出される放射線はほとんどなくなってしまいます。

この検査で放射線に被ばくする量を下記の表に示します。この量の放射線被ばくが体を与える影響は確率的影響と言われている「がんになるリスク」です。しかし、100mSv 未満の放射線被ばくに関する「がんのリスク」は検出困難なほど低いとされています。

表-1. アミロイド PET-CT 検査時の全身被ばく量

薬 剤	容量	薬剤による被ばく量	頭部 CT による被ばく量	合計被ばく量
アミヴィッド	370MBq	5.5mSv	0.16mSV	5.66mSv
ピザミル	185MBq	4.81mSv	0.16mSV	4.97mSv

*被ばく量はあくまでも目安です。検査時間や患者様により値は前後致します。

*頭部 CT は吸収補正用です。

*mSv（ミリシーベルト）：放射線被ばくによる体全体へのダメージを合計した目安の単位

リスク	がんのリスク（放射線）	
	放射線の線量 (ミリシーベルト)	がんの相対リスク*
	1,000 ~ 2,000	1.8 [1,000mSv当たり1.5倍と推計]
	500 ~ 1,000	1.4
	200 ~ 500	1.19
	100 ~ 200	1.08
	100 未満	検出困難

出典：国立がん研究センターウェブサイトより作成

リスク	がんのリスク（生活習慣）	
	生活習慣因子	がんの相対リスク※1
	喫煙者	1.6
	大量飲酒（450g以上/週）※2	1.6
	大量飲酒（300~449g以上/週）※2	1.4
	肥満（BMI≥30）	1.22
	やせ（BMI<19）	1.29
	運動不足	1.15 ~ 1.19
	高塩分食品	1.11 ~ 1.15
	野菜不足	1.06
	受動喫煙（非喫煙女性）	1.02 ~ 1.03

出典：国立がん研究センターウェブサイトより作成

出典：環境省「放射線による健康影響等に関する統一的な基本資料 令和4年度版」 上巻 P.102,P.103

<検査薬の注意点と特徴>

- ① 薬は検査予定時間の1時間程前に病院に届き、約1～2時間後には検査に使用出来なくなってしまう。（使用薬剤によって異なります。）
- ② 体内に取り込んだ検査薬から放出される放射線量は時間と共に減り、2時間毎に半分未満になっていきます。

<PET-CT のキャンセルについて>

諸事情により予約変更・キャンセルされる場合は検査日2営業日前の当院営業時間内（9：00～17：00）核医学センター [TEL :052-352-3250（内線 2290）] にご連絡をお願い致します。また、この検査で使用する検査薬は使用可能な期間（時間）が極めて短いため、検査予定時間に遅れた場合にはキャンセル扱いとなることがありますのでご注意ください。

PET-CT 装置は高精度な装置のため、常に保守・点検を行っておりますが、希に故障のため検査が延期になることがあります。予めご承知をお願い致します。

※検査当日、原本をお持ちください。

※当院にてご説明させていただきました方は依頼元医療機関欄の記名の必要はございません。

医療法人 生生会 まつかげシニアホスピタル 院長殿	
私は担当医（担当者）より検査の目的、必要性について説明を受けました。さらに、この説明書を読み、納得した上で検査を受けることに同意します	
年 月 日	
本人又は代理人（ _____ 続柄） 自署 _____	
上記患者に対し、検査に関する説明を行い、本文書により同意書を頂いたことを確認いたしました。 年 月 日	
依頼元医療機関名： _____	
科 担当医： 自署 _____	
※ゴム印をご使用の際は押印もお願いします。	