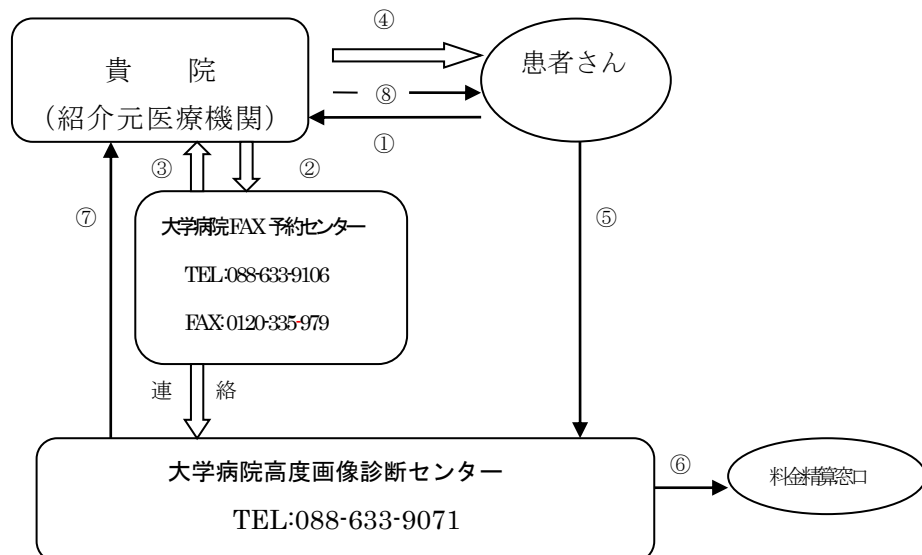


# PET/CT検査のご案内

徳島大学病院高度画像診断センターでは、最新の陽電子放出断層撮影装置(PET)とX線コンピュータ断層撮影装置(CT)一体型の機器によるポジトロンCT(PET)検査の受付を開始し、地域の皆様に従来よりも更に信頼性の高い診断を提供していますので、どうぞご利用ください。



## 【 予約申込み等手順 】

- ①患者さんが、貴院に来院
- ②貴院から大学病院FAX予約センターに予約申込み  
☆ 診察情報提供書 (PET/CT検査依頼書) 使用  
(本院ホームページからダウンロードするか、本案内5ページのものをコピーして使用願います。)
- ③大学病院FAX予約センターから貴院へ予約確定の連絡  
(※受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。)
- ④貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤患者さんが大学病院に来院し、高度画像診断センターで撮影
- ⑥患者さんは会計窓口で料金精算後、ご帰宅
- ⑦後日、大学病院高度画像診断センターから貴院に対して画像(CD-R)ならびに読影結果及び診断情報提供書を送付
- ⑧貴院から患者さんに読影結果及び診断を説明

## —目 次—

P E T / C T 検査について（紹介元医療機関の皆様へ）・・・ P. 1, 2

P E T / C T 検査を受けられる患者の皆様へ・・・ P. 3, 4

特に内容を必ず  
ご確認ください

診療情報提供書（P E T / C T 検査依頼書）・・・ P. 5

P E T / C T 検査 問診票、同意書、説明書・・・ P. 6～12

高度画像診断センター案内図・・・ P. 13

## PET／CT 検査について（紹介元医療機関の皆様へ）

本院高度画像診断センターへPET／CT検査を依頼される場合は、「診療情報提供書の送付」と「患者さんへの説明」をよろしく願いいたします。なお、特に注意していただきたい点を、次のとおり記載させていただきましたのでご確認願います。

### ○ PET／CT検査の保険適用等について

**保険診療**としてPET／CT検査を受けていただくことができるのは、別表「PET／CT検査の保険適用要件確認表」のとおり、てんかん若しくは虚血性心疾患や大型血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除く。）に限られ、更にPET検査予約時に他の検査、画像診断、病理診断等による精査が既に行われていることが必要です。**自由診療**の場合には、これらの制限はありません。

また、DPC 包括請求で入院中（入院日・退院日を含む）の同一月内に悪性腫瘍の診断目的でガリウム・シンチグラフィの核医学検査が行われている場合も保険適用となりませんので、ご注意ください。

ただし、**自由診療**として患者さんの了解が得られる場合には、検査を受けていただくことに何の問題もありませんので、積極的にご紹介いただければ幸いです。

### ○ PET／CT検査の費用

検査にかかる費用は、保険適用(3割負担)の場合は、30,000円前後、保険適用されない場合は、121,000円(消費税込み)の負担となります。

### ○ その他の留意事項

1. 早期胃癌の診断は、現在保険適用になっていませんので自由診療となります。
2. スクリーニング検査は、自由診療となります。
3. 胎児へのFDG移行が報告されており、妊娠中あるいは妊娠の可能性のある女性には原則として行えません。
4. 糖尿病で血糖値のコントロールが不良の方は検査できない場合があります。
5. 検査までに時間が他の検査に比して長いため、介助が必要だと思われる患者さんに対しては原則としてどなたかの付き添いをお願いします。付き添い時には少量ですが被ばくを伴うため、その旨事前にご説明願います。
6. **保険適用にならない例**（自費診療扱いで受付対応します）
  - ア) 化学療法や放射線治療の効果判定の目的
  - イ) 再発を疑う強い所見が無い定期的な経過観察目的
  - ウ) 腫瘍マーカー高値のみによる疑い検査目的
  - エ) 非適用疾患（認知症や炎症性疾患）の場合
  - オ) DPC 包括請求で入院中（入院日・退院日を含む）、同一月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合
  - カ) スクリーニング目的、健康診断目的

## 別表「PET／CT 検査の保険適用要件確認表」

(病名及び具体的な理由を下の表によりそれぞれ該当するものについて確認してください。)

| 病 名                                                 | 具体的な理由                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> てんかん                       | <input type="checkbox"/> 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者                                                |
| <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患                     | <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る。 |
| 大型血管炎<br><input type="checkbox"/> (高安動脈炎または巨細胞性動脈炎) | <input type="checkbox"/> すでに大型血管炎と診断のついている患者の、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方                         |
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍<br>(早期胃癌を除く。)         | <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者                                     |

上記の悪性腫瘍の場合、以下の 6 つのうち該当するものに必ずチェックをしてください。

- ☐ 治療前の病期診断
- ☐ 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断。例えば、術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における、術前の病期診断、等。
- ☐ 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断
- ☐ 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- ☐ 経過観察などから治療が有効と思われるにも拘わらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合
- ☐ 悪性リンパ種の治療効果判定（転移・再発診断の目的に該当するとの見解）

# P E T / C T 検査を受けられる患者の皆様へ

検査を受けていただく上での注意事項です。予めよくお読みください。

## 1. 来院時間について

当日は予約時間の15分前までに受診票の発行を行うため、徳島大学病院FAX予約受付にお越し願います。

予約時間には遅れないようにご注意ください。予約時間に遅れた場合には、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなることや、当日の検査ができなくなる場合がありますので予めご了承ください。

また、予約後、来院できない場合や検査に遅れる場合は、なるべくお早めに高度画像診断センター受付（088-633-9071）までご一報願います。

## 2. 当日ご持参いただくもの

- ・ 予約受付票
- ・ 保険証等
- ・ 紹介状
- ・ 診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）
- ・ 主治医から預かった書類、フィルム等
- ・ 検査費用 保険適応（3割負担）の場合は30,000円前後、保険適応されない場合は、121,000円の負担となります。



## 3. 検査前日及び当日の過ごし方等について

- ・ 検査前日と当日は、激しい運動（長時間の歩行等）をお控えください。
- ・ 午前中の検査の場合、当日の朝食は絶食してください。午後の検査の場合は当日7時までに朝食1/2程度の摂取はかまいません。以後は絶食してください。検査直前まで、水、お茶は差し支えありませんが、糖分を含んだジュース等とはとらないでください。
- ・ 検査当日の糖尿病の血糖降下薬やインスリン注射については主治医にご確認ください。上記以外のお薬は、内服していただいても結構です。
- ・ 持続血糖測定器を装着の方は検査を実施できないので事前に取り外しをお願いします。
- ・ 注射から撮影開始までは、ご案内するまで安静室でお待ち願います。
- ・ 撮影前と後にトイレで排尿していただきます。
- ・ 検査終了後約2時間は、乳幼児・妊産婦との接触を出来るだけお控えください。

## 4. P E T / C T 検査について

### （1）検査の方法等

ブドウ糖に放射化したフッ素（ $^{18}\text{F}$ ）を付けたFDGという薬を静脈注射し、1時間程度安静にいただき、その後30分間全身を撮影します。このとき、上向きで寝ていただくことが必要です。検査は安静に寝ているだけで終了します。なお、必要に応じて遅延相撮影（約20分）を行う場合があります。被ばくはありますが（胃の透視数回分）、放射線障害が起こることはありません。



## （２）検査の限界

がんの種類によっては、見つかりにくいものもあります。この種のものはまれですが、正確な診断ができないこともありますので、ご理解願います。

## （３）FDGの安全性と副作用

被曝はありますが（胃透視の数回分くらい）、放射線障害が起こることはありません。FDGの静脈注射による副作用としては、これまでに軽度のアレルギー反応の報告がありますが重篤なものはほとんどありません。

## ５．検査後の注意事項

検査後は厚生労働省の指導に基づき、３０分から１時間、休憩コーナーで休んでいただきます。

FDGは主に尿として排泄されますので、検査終了後は水分を多めに摂取し、必ず検査施設内にて排尿した後、ご帰宅いただきます。

また、検査後ご自宅では、いつも通りの生活をしていただいて差し支えありません。授乳については、検査後２４時間は控えてください。

## ６．付き添いについて

日常生活において介助を必要とされる患者さんは、検査の間どなたかの付き添いをお願いしています。付き添いのできない場合は、安全に検査を行うことができないため、検査をお断りすることがあります。また付き添いの方もごく少量ですが被ばくを受けます。この被ばくによって何らかの障害が起きる可能性はありませんが、できるだけ付き添いには若い女性はお控えください。

## ７．その他

PET検査の１週間前はバリウムを用いた検査（胃透視、注腸検査）は控えてください。

３０分上向きで寝ることができない患者さんは、高度画像センター（０８８－６３３－９０７１）までご相談ください。

### PET／CT検査に関する問い合わせ先

■ 予約に関すること     :   地域医療連携センターFAX予約室  
                                  TEL   088-633-9106  
                                  FAX   0120-335-979

■ 診療に関すること     :   高度画像診断センター受付  
                                  TEL   088-633-9071



令和 年 月 日

# 診療情報提供書(PET/CT検査依頼書)

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX 予約票 FAX 0120-335-979

TEL 088-633-9106

|          |  |     |  |
|----------|--|-----|--|
| 紹介元医療機関名 |  | TEL |  |
| 担当医師名    |  | FAX |  |

|                            |                                        |  |                                                           |                             |                             |                             |
|----------------------------|----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| フリガナ                       |                                        |  | 受診<br>希望日                                                 | ①                           | 月                           | 日( 曜日)                      |
| 患者氏名                       |                                        |  |                                                           | ②                           | 月                           | 日( 曜日)                      |
| 生年月日                       | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日( 歳)                 |  | 性 別                                                       | 男 ・ 女                       |                             |                             |
| 住 所                        | 〒                                      |  |                                                           |                             |                             |                             |
| 電話番号                       | ( ) -                                  |  | 日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。(急な休診時のご連絡等のため)                       |                             |                             |                             |
| 徳島大学病院受診歴<br>(歯科含む)        | 無・有 = <input type="checkbox"/> 登録番号( ) |  | 旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認をとらせていただく場合があります。ご了承下さい。 |                             |                             |                             |
| 確定病名                       |                                        |  |                                                           |                             |                             |                             |
| 検 査 目 的                    | 悪性度評価 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ その他( )           |  |                                                           |                             |                             |                             |
| 症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など) |                                        |  |                                                           |                             |                             |                             |
| 検査部位                       | <input type="checkbox"/> 全身スキャン        |  | 頭部から大腿上部まで                                                |                             |                             |                             |
|                            | <input type="checkbox"/> 局所スキャン        |  | <input type="checkbox"/> 脳                                | <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 骨盤 |
| フィルム貸出                     | X線 枚 ・ MRI 枚 ・ CT 枚 ・ その他( 枚)          |  |                                                           |                             |                             |                             |
| 患者情報                       | ・体重 kg                                 |  |                                                           | ・手術経験 有 ・ 無                 |                             |                             |
|                            | ・移動 車椅子 ・ 寝台 ・ 独歩可能                    |  |                                                           | ・妊 娠 有 ・ 無( 月 )             |                             |                             |
| 患者情報                       | ・腫瘍マーカー ( )                            |  |                                                           | ・アレルギー 有 ・ 無( )             |                             |                             |
|                            | 異常の有無 有 ・ 無                            |  |                                                           | ・授 乳 有 ・ 無                  |                             |                             |
|                            | ・施行した画像診断 CT・MRI・RI・US・その他( )          |  |                                                           | ・糖 尿 病 有 ・ 無                |                             |                             |
|                            | ・感染症 STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他( )       |  |                                                           | ・閉所恐怖症 有 ・ 無                |                             |                             |

## ■ 保険情報

|     |            |  |  |  |  |  |  |     |     |      |     |       |
|-----|------------|--|--|--|--|--|--|-----|-----|------|-----|-------|
| 保 険 | 保険者<br>番 号 |  |  |  |  |  |  | 本 人 | 家 族 | 負担割合 | 開始日 | 年 月 日 |
|     | 記号         |  |  |  |  |  |  | 番 号 |     |      | 終了日 | 年 月 日 |

## ■ FAX受付時間 月~金 9:00~17:00 (土日祝、年末年始は除く)

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りいたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。ご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのご返信となります。



【コピー可】

## PET/CT 検査の問診票

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ 歳 男 ・ 女

PET/CT 検査にあたり、別紙説明書をお読みいただき、以下の質問にお答えください。また、この問診票は検査直前、もしくは検査当日の朝にご記入ください。

【□の当てはまる項目にチェックし、カッコ内をご記入ください】

●身長と体重を教えてください 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

●PET/CT 検査を受けたことがありますか □はい □いいえ

●最後に食事をとったのはいつですか □昨日 □本日 ( ) 時頃

その後、水・お茶以外のものを飲みましたか □はい □いいえ  
 「はい」の場合 いつ頃 ( ) 時頃 何を ( )

●1週間以内にバリウムを使った □はい □いいえ  
 胃や腸の検査を受けましたか

●3か月以内に内視鏡検査(胃カメラ・大腸カメラ・気管支鏡検査等)を受けましたか  
 □はい ( 月 日 ) □いいえ  
 その際組織検査をされましたか □はい □いいえ

●今までに糖尿病と言われたことがありますか □はい □いいえ  
 「はい」の場合 現在の治療は  
 □無治療 □食事・運動療法 □飲み薬 □インスリン注射

●喫煙歴を教えてください □あり □なし  
 「あり」の場合: ( ) 本/日 ( ) 年間  
 禁煙している場合: いつ ( ) から禁煙

●本日の自覚症状があれば、該当するものに ☒ を付けてください  
 □発熱 □咳 □のどの痛み □胸痛 □腹痛 □頭痛  
 □歯や歯茎の痛み □その他 ( )

●現在の病気の他に治療や手術をしたことがありますか □はい □いいえ  
 「はい」の場合、以下をご記入ください

|        |     |       |        |          |   |   |
|--------|-----|-------|--------|----------|---|---|
| 病名 ( ) | □手術 | □化学療法 | □放射線治療 | □その他 ( ) | 年 | 月 |
| 病名 ( ) | □手術 | □化学療法 | □放射線治療 | □その他 ( ) | 年 | 月 |
| 病名 ( ) | □手術 | □化学療法 | □放射線治療 | □その他 ( ) | 年 | 月 |
| 病名 ( ) | □手術 | □化学療法 | □放射線治療 | □その他 ( ) | 年 | 月 |
| 病名 ( ) | □手術 | □化学療法 | □放射線治療 | □その他 ( ) | 年 | 月 |

## ●以下の病気の手術や治療をしたことがありますか

骨折 ☐ない  
☐ある 部位( ) ☐手術 ☐ギプス固定 ☐その他 いつ( )

リウマチ ☐ない  
☐ある ☐薬物治療 ☐その他 いつ( )

肺炎 ☐ない  
☐ある ☐薬物治療 ☐その他 いつ( )

結核 ☐ない  
☐ある ☐手術 ☐薬物治療 ☐その他 いつ( )

大腸ポリープ ☐ない  
☐ある いつ( )

## ●手術やけがなどで体内に金属が入っていますか(脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカーなど)

☐ない  
☐ある 何が( ) どこに( )

●義歯はありますか ☐ない ☐ある  
 (外せる歯は外します)

●ウィッグをつけていますか ☐ない ☐ある  
 (金具の付いているものは外します)

●人工肛門、腎瘻などがありますか ☐ない ☐ある

●現在、透析治療を受けていますか ☐いいえ ☐はい

## 女性の方のみお答えください

●現在、月経はありますか ☐ある ☐ない(閉経した)

## &lt;ある方のみお答えください&gt;

●月経周期(最終月経日) ( )日( )月 日 ~ ( )月 日)

●妊娠の可能性はありますか ☐ない ☐ある

●授乳中ですか ☐いいえ ☐はい

## <PET/CT 検査の同意書>



【コピー可】

患者 ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

徳島大学病院 \_\_\_\_\_ 科

説明医師氏名 \_\_\_\_\_

同席者氏名 \_\_\_\_\_

徳島大学病院長 殿

私は、担当医師から PET/CT 検査に関する説明を聞き、内容を理解した上で検査を受けることに同意します。

また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、必要な処置等を受けることにも同意します。必要に応じて追加撮影を行う場合や、画像データ（匿名化のみ）を研究に使用することにも同意します。

検査日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者署名： \_\_\_\_\_ 印

代理人（代諾者）署名： \_\_\_\_\_ 印

（続柄：患者の \_\_\_\_\_ ）

# <PET/CT 検査の説明書>

## ー検査を受けられる方へー

患者 ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

徳島大学病院 \_\_\_\_\_ 科

説明医師氏名 \_\_\_\_\_

同席者氏名 \_\_\_\_\_

検査を受けていただく上での注意事項です。あらかじめよくお読みください。

### 1. 来院時間について

- ・検査当日は予約時間の30分前までに放射線科外来受付（中央診療棟1階）へお越しください。予約時間には遅れないようにご注意ください。予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなったりする場合がございますので予めご了承ください。
- ・来院できない場合や検査に遅れる場合は、高価な薬剤の準備の都合上、早目に必ず高度画像診断センター（088-633-9071）までご一報願います。

### 2. 当日ご持参いただくもの

同意書、問診票（必要事項を記載したもの）

### 3. 検査前日および当日の過ごし方等について

- ・検査前日および当日は激しい運動はしないようにしてください。
- ・検査前6時間は絶食してください。水、お茶は検査直前までかまいませんが、糖分を含んだジュース等はとらないでください。
- ・糖尿病の血糖降下薬や検査当日のインスリン注射は原則として中止していただきます。
- ・なお、上記以外のお薬は、内服していただいても結構です。
- ・持続血糖測定器を装着の方は検査を実施できないので事前に取り外しをお願いします。
- ・注射から撮影開始まで、待機室にて安静にしてお待ちください。高齢や不安の強い方など移動に介助の必要な患者さんには付き添いをお願いします。待機室でのおしゃべりは検査に影響するためご遠慮ください。
- ・撮影前と後にはトイレで排尿してください。
- ・撮影中は検査台の上で動かないようにしてください。
- ・検査終了後約2時間は乳幼児・妊産婦との接触をできるだけお控えください。

#### 4. PET/CT 検査について

##### (1) 検査の方法

- ・検査前に採血して血糖値が基準範囲内（150mg/dl 以下）であることを確認してからブドウ糖に放射化したフッ素（<sup>18</sup>F）を付けた FDG という薬を静脈注射します。
- ・著しい高血糖の場合は、別の日に変更していただくことがあります。
- ・1 時間程度の安静の後、約 30 分間全身を撮影します。検査は安静に寝ているだけで終了します。（検査時、上向きで寝ていただくことが必要です。）
- ・検査の所要時間は、FDG 投与後 2 時間程度です。
- ・必要に応じて遅延撮影（約 20 分）を行う場合があります。この場合は検査の所要時間は 3 時間以上とさらに長くなります。

(2) 胎児への FDG 移行が報告されており、妊娠中あるいは妊娠の可能性のある女性には原則として行えません。授乳中の場合は検査から 24 時間は授乳を中止するのが望ましいです。

##### (3) 検査の限界

- ・癌の種類によっては、見つかりにくいものもあります。この種のものはまれですが、正確な診断ができないこともありますのでご理解願います。
- ・血糖値の高い場合や検査当日や前日に運動をした場合なども正確な診断が難しくなることがあります。

(4) PET システムは多くの精密機器を使用しております。機械のトラブルで検査開始時間が遅れる場合や、状況により検査が行えない場合もありますのでご了承ください。

##### 【FDG の安全性と副作用】

- ・被曝はありますが（胃透視の数回分くらい）、検査で受ける被ばく量では体にほとんど影響はなく、医学的に問題となるような障害の可能性は非常に低いです。
- ・FDG の静脈注射による副作用としては、これまでに軽度のアレルギー反応等の報告がありますが、重篤なものの報告はありません。0.1～1%未満の頻度で掻痒感や蕁麻疹、嘔気、嘔吐、発熱、気分不良、血圧低下等を起こすことがあります。合併症として、血管注射を行うために迷走神経反射による血圧低下、顔面蒼白、失神、悪心、嘔吐、薬剤の血管外への漏れ、皮下出血や腫れを生じることがあります。その他、予期せぬ副作用や合併症が生じる可能性があります。
- ・副作用や合併症が発生した場合には保険診療で治療するため、その際は一部患者負担が発生することがあります。副作用や合併症の発生時には速やかに対処できる準備をして検査を行います。

##### 【検査後の注意事項】

- ・検査後は厚生労働省の指導に基づき、30 分から 1 時間程度回復室で休んでいただきます。
- ・FDG は主に尿として排泄されますので、検査終了後は水分を多めに摂取し、検査施設内にて排尿した後、ご帰宅願います。
- ・検査後は、いつも通りの生活をしていただいて構いません。

##### 【検査費用】

保険適用（3 割負担）の場合は、30,000 円前後、  
保険適用されない場合は、121,000 円の負担となります。

# PET/CT 検査を受けられる患者さんへ

この説明は患者さんに納得して放射線診療を受けていただくために重要なものですので、検査に先立ちましてご確認ください。

## (1) 当該放射線診療により想定される被ばく線量とその影響の説明

被ばくによる影響は一定量以上の被ばく量により高率に引き起こされる組織障害（確定的影響＝不妊や脱毛、白内障など）と、閾値（反応を示し始める値）がはっきりしていない障害（確率的影響＝がん、白血病など）に分かれます。PET/CT 検査においては一般に 10mSv（Sv：放射線量を表す単位）程度の被ばくが想定されます。検査する部位や方法で異なり、これよりも多くなることもあります。組織障害を起こすとされる閾値よりはるかに少ない被ばく量であり確定的影響のリスクはきわめて低いです。また確率的影響についても、100mSv 以下の被ばくについては統計上、自然発生率の変動範囲よりも小さく、放射線の影響を確認できないレベルとされています。

**\* 被ばくレベル、閾値については次ページの図を参照してください。**

## (2) リスク・ベネフィット（損失・利益）を考慮した当該放射線診療の必要性の説明

上記のように影響は非常に小さいとはいえ、放射線被ばくはリスクではあります。その上で今回の検査につきましては、患者さんの疾患の状態や体調を十分に考慮し、そのリスクをはるかに上回る便益（メリット）が期待される必要な検査となっています。必要性和メリットについては依頼科の担当者が説明しますので、不明な点がございましたら担当者にご質問ください。

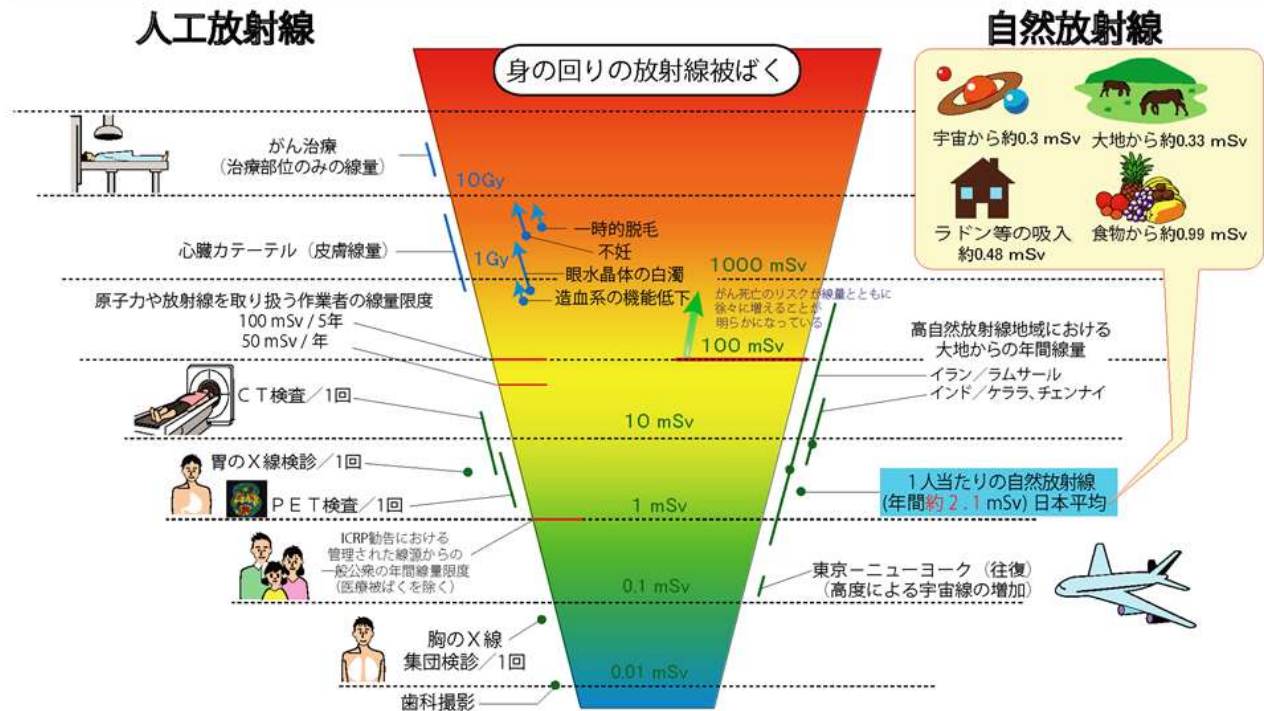
## (3) 本院における医療被ばく低減に関する取り組み

当院では検査目的に応じた撮影プロトコル（撮影手順）を作成しており、患者さんの体格に応じた線量コントロールなどにより被ばく量の低減を図っています。また撮影に際して診断に足る十分な画像の質を担保しつつ、可能な限り低線量で撮影し被ばく量を抑えています。さらに常に線量管理を行い、国際的な水準に照らし合わせて不要な被ばくがないかを確認し、被ばく低減に努めています。

以上のように、当院では検査の必要性の検討や、被ばく量低減の取り組みを十分に行っていますが、ご不明な点やご心配な点がございましたらお尋ねください。

身の回りの放射線

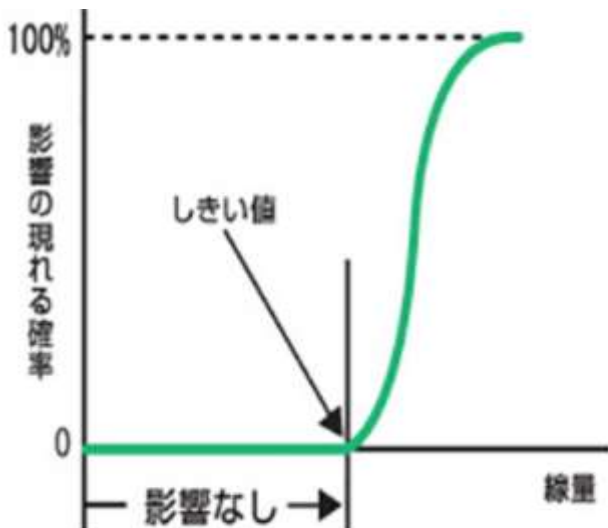
# 被ばく線量の比較（早見図）



出典：  
 ・国連科学委員会（UNSCEAR）2008年報告書  
 ・国際放射線防護委員会（ICRP）2007年勧告  
 ・日本放射線技術学会医療被ばくガイドライン  
 ・新版 生活環境放射線（国民線量の算定）等により、放射線医学総合研究所が作成（2013年5月）

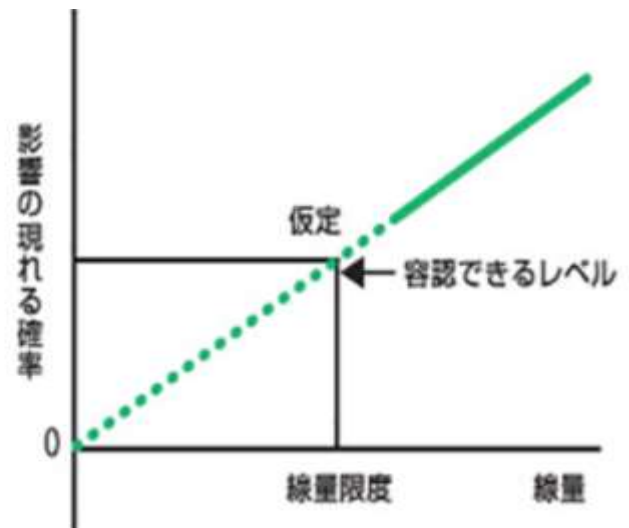
mSv：ミリシーベルト

環境省 HP より抜粋



## 確定的影響（皮膚障害や不妊など）

被ばく線量に応じて症状の重さが決まる影響で、線量にしきい値があります。



## 確率的影響（がんや遺伝的影響）

被ばく線量に応じて現れる確率が決まる影響で、線量の低いところ（点線の部分）の影響は仮定です。

公益財団法人 放射線影響協会 HP より抜粋

# 高度画像診断センター案内図

