

# 脳（ダットスキャン）検査説明書

令和 年 月 日

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

予約日時：令和 年 月 日 時 分

※検査予約時間30分前までに 新東京病院本院（和名ヶ谷）放射線受付まで直接お越し下さい。

特記事項：アルコールに弱い方は禁忌

## ◎核医学検査について

ガンマ線を放出する薬剤（放射線性医薬品）を注射し、身体の中から放出されるガンマ線を専用のカメラを用いて撮影を行います。この薬剤は特定の臓器や病気に集積しやすく、様々な『機能検査』に利用されています。また、検査内容により注射する薬剤の種類が異なります。

薬剤には放射性物質が含まれているため被ばくが伴いますが、放出される放射線は微量で、時間の経過と共に少なくなります。また、副作用の発生頻度は非常に低く安全です。

薬剤は高価ですが、健康保険が適応になります。

## ◎注意事項

- 普段から服用している薬がある方は、必ず医師にご相談ください。
- アレルギーをお持ちの方・妊娠の可能性のある方や妊婦の方・授乳中の方は必ず医師にご相談ください。
- MRI造影剤との同日検査は避けて下さい。
- 検査後、近日中の飛行機の搭乗される方は放射線セキュリティーアラームにより検出される場合がある為、事前にスタッフまでお知らせ下さい。
- 検査薬の副作用はほとんどありませんが、アルコールの弱い方は検査時にお伝え下さい。

## 【ダットスキャンについて】

ドパミン神経の変性・脱落の程度を評価する検査です。アルコールに弱い方は注意が必要です。

〈検査の流れ〉



所要時間：約1日

☆ご不明な点がある場合や、ご都合で検査が受けられない場合は、事前に下記へご連絡ください。

《お問い合わせ》

新東京病院《予約担当窓口》 Tel 047-711-8700

日曜・祝日を除く月曜～土曜10時～12時・14時～17時

※電話の前に予約票または診察券をご準備ください。

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

# 説明と同意書

検査名：ドパミントランスポータシンチグラフィ

## 説明書

(本検査の必要性、放射性医薬品の副作用、検査に影響する薬剤)

### 【検査の必要性】

あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるために、ドパミントランスポータシンチグラフィを行います。これは放射性ヨウ素で標識したイオフルパンという放射性医薬品を注射して脳内の線条体に集積させたのち、放出される微量なガンマ線を体外からガンマカメラで撮像する検査です。

### 【副作用】

イオフルパンは海外で10年以上前から使われている安全な薬ですが、一般の薬と同じように、体質やそのときの体調により、次のような副作用の出ることがあります。

- およそ100人中4人に副作用がみられます。その主な症状は頭痛、悪心、めまい、空腹、口内乾燥などで、大部分はこの薬に含まれるアルコールによるものと考えられています。このような軽い副作用では治療の必要はありません。
- きわめてまれに投与後局所反応、そう痒および紅斑等の過敏症があらわれる可能性があります。

### 【影響する薬剤】

この検査に影響する可能性のある薬剤があり、それを飲んだまま検査をすると、誤った結果になることがあります。したがって、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがあります。ただし、服薬を中止することにより症状が悪化する可能性もありますので、中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。

### 【実際の検査】

検査薬を注射してから3時間後に撮影をいたします。撮影時間は30分程度です。検査台の上で安静にしてください。なお、検査前後で食事・飲水に関する制限はございません。

この検査を行うかどうかは、この検査の必要性和危険性とを十分に比較検討した上で判断されます。以上の説明をご理解いただいた上で、次頁の問診票と確認・同意書の記入をお願いします。同意書に記入された後でも、いつでも同意を撤回できます。ご不明な点は担当医師または下記にお問い合わせ下さい。

### 《お問い合わせ》

新東京病院《予約担当窓口》 Tel 047-711-8700  
日曜・祝日を除く月曜～土曜10時～12時・14時～17時  
※電話の前に予約票または診察券をご準備ください。

ドパミントランスポータシンチグラフィ  
影響を及ぼす薬剤リスト  
(日常臨床で比較的良好に使われる薬剤)

製品名	一般名	服用中止期間
テプロール錠	フルボキサミン	5日
ルボックス	フルボキサミン	5日
パキシル	パロキセチン	5日
ジェイゾロフト	セルトラリン	6日
レクサプロ錠	エスシタロプラム	8日

(注)

これらの薬剤はSSRIといわれる抗うつ剤であり、背景組織への集積を低下させる可能性があります。これらの薬を服用中の場合は検査前に表にあるような日程であらかじめ服用を中止してください。ただし、中止するかどうかは担当医の指示に従ってください。

(参考)

次の薬剤は線条体への集積を阻害する可能性がありますが、日常診断での服用中止の必要はないとされています。

- ・サインバルタカプセル（一般名：デュロキセチン）
- ・メマリー錠（一般名：メマンチン）
- ・一般の抗パーキンソン病薬

令和 年 月 日

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

## ドパミントランスポータシンチグラフィの説明・問診・同意書 (ダットスキャン)

### 問診票

- 1.今までにドパミントランスポータシンチグラフィをしたことがありますか？ない ある  
「ある」の場合で、何らかの副作用や問題が生じたことがあればその内容をお書きください。  
( \_\_\_\_\_ )
- 2.以前に薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ない ある  
(ヨード造影剤・くすり・食べ物など： \_\_\_\_\_ )
- 3.アルコール綿で皮膚がかぶれますか？ ない ある
- 4.普段、お酒（アルコール類）は飲みますか？  
 定期的に飲酒の機会があり、とくにアルコールに弱いということはない。  
 つきあい程度に飲むか、最近はまったく飲まないが、とくにアルコールに弱くない。  
 まったくお酒が飲めず、アルコールに弱い体質である。
- 5.コカインなどの興奮性賦活物質に対して過敏症はありますか？ ない ある
- 6.検査に影響する可能性のある薬剤（別紙）を服用していますか？ ない ある  
「ある」の場合、薬剤名をお書きください。( \_\_\_\_\_ )  
→「ある」の場合、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがありますが、  
中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。
- 7.重篤な肝障害や腎障害がありますか？ ない ある
- 8.妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？ ない ある

令和 年 月 日

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

私は、核医学検査を受けるに当たり、下記の医師から説明文書に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。

以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。

なお、説明文書原本との同意書を受け取りました。

- 検査の目的・方法
- 検査の注意事項
- 検査に伴う危険性・合併症
- 検査後の注意事項
- 連絡先

## 同意書

新東京病院 病院長 殿

私はドパミントランスポータシンチグラフィの必要性和ダットスキャン静注（イオフルバン）の副作用および検査に影響する薬剤について説明を受け、十分理解しました。ドパミントランスポータシンチグラフィを行うことに同意します。上記の問診票も間違いありません。

### 【説明】

説明年月日：令和 年 月 日

説明医師： \_\_\_\_\_

同席者： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_

### 【同意】

同意年月日：令和 年 月 日

同意者（本人）： \_\_\_\_\_

### 【代諾者】

代諾者名： \_\_\_\_\_ 患者さまとの関係： \_\_\_\_\_

連絡先 医療法人社団誠警会 新東京病院

TEL 047-711-8700

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

## 核医学検査同意書

この用紙は、あなたが受ける核医学検査の同意書になります。  
担当医師より検査に対する説明を受け下記核医学検査の副作用と放射線被ばくに関する  
留意事項をご確認下さい。

### 1. 検査の概要

核医学検査は、からだの特定部位に集まる放射性同位元素（ラジオアイソトープ：RI）を用いた医薬品を静脈注射し、各臓器や組織に集まる状態を撮影し、機能や形態を調べる検査です。

### 2. 放射性医薬品の副作用について

顔面紅潮・悪心・吐気・めまい・気分不快・発疹などのアレルギー反応の報告がありますが0.1%未満(10万件あたり1.5件)と造影CTやMRIなどと比較し低くなっておりかつ注射量も少ないため殆ど心配ありません。また、重度の副作用の報告はありません。

### 3. 放射線被ばくについて

核医学検査は放射線被ばくがあります。投与する放射線医薬品はごく微量な為、健康被害が起こらない程度の被ばく線量とされています。当院における核医学検査の被ばくは標準値より下回っております。なお、当院は更なる被曝線量の低減に取り組んでおります。

CT検査 一回約2~8mSv程度  
核医学検査 一回約0.2~8mSv程度

### 4. 負荷検査について

検査に応じて薬剤・運動負荷検査を行う場合があります。

薬剤負荷検査として使用される薬剤による副作用を認めることがあります。

アデノシン負荷薬剤 【禁忌】喘息 【副作用】胸痛・呼吸困難・不整脈など

運動（エルゴメーター）負荷 【禁忌】運動のできない方【副作用】なし

ダイアモックス負荷薬剤 【禁忌】肺疾患など【副作用】呼吸困難など

### 5. 注射もれ（血管外漏出）について

ごくまれに血管外に放射線医薬品が漏出することがあります。漏出した場合には、時間と共に体内に吸収される為心配ありません。また、その際に放射性医薬品の予備が無い為、当日の再検査ができません。翌日以降の検査になります。

当院では、万一の副作用などに対して、万全の体制を整えております。  
患者様には、検査の必要性・放射性医薬品の副作用・放射性被曝などの理解を頂いた上で  
より安全な検査を行って頂きます。

令和 年 月 日

フリガナ： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 予約日時：令和 年 月 日 時 分

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 性別： 男性 ・ 女性

私は、核医学検査を受けるに当たり、下記の医師から説明文書に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。  
以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。  
なお、説明文書原本との同意書を受け取りました。

- 検査の目的・方法
- 検査の注意事項
- 検査に伴う危険性
- 連絡先

## 核医学検査同意書

新東京病院 病院長 殿

私は、予定された核医学検査の内容とその必要性の説明を受け納得しましたので、検査を受けることを同意します。  
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

### 【説明】

説明年月日：令和 年 月 日

説明医師： \_\_\_\_\_

同席者： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_

### 【同意】

同意年月日：令和 年 月 日

同意者(本人)： \_\_\_\_\_

### 【代諾者】

代諾者名： \_\_\_\_\_ 患者さまとの関係： \_\_\_\_\_