【共同利用】核医学 心筋 MIBG シンチ検査 予約票

ＩＤ	名前
予約日時 月　　日（　　）　　時　　分	

1. 飲食・薬について

1）特に食事等の制限はありません。

2）抗うつ薬（特に三環系）や、レセルピン、ラベタロールを服用している方は休薬（1 日～3 週間）が必要な場合があります。担当の医師にご相談ください。

2. 注意事項

1）特にありません。

3. 検査当日の流れ

1） ご予約時間の 30 分前までに、2 階総合受付 3 番窓口にお越しください。

2） ご予約時間の 10 分前には、地下 1 階 17 番［放射線治療・核医学受付］で受付をしてください。

3） 検査は注射をして、20 分後と 3 時間後の 2 回撮像をします。

4） 検査は各 30 分ほどかかります。

【お持ち物】

- □ 検査予約票（本紙）
- □ 医療機器共同利用(核医学検査)申込書 兼 診療情報提供書（原本）
- □ 心筋 MIBG シンチ検査説明書・同意書（原本）
- □ 当院の診察券（お持ちの方）
- □ 健康保険証、医療券（お持ちの方）
- □ 画像データ（医療機関より渡された方）

予約日に来院できなくなった方

お早めに、さいたま赤十字病院 核医学検査室受付 までご連絡ください。
ただし、予約の変更は受け付けておりません。再度おかかりの医療機関で再予約となります。

連 絡 先：さいたま赤十字病院　核医学検査室受付　048-852-1111（病院代表）20044（内線）
受付時間：平日（月～金）　9：00～15：00

心筋 MIBG シンチ　検査説明書

当院では、患者様の診療を行うにあたり、患者様の権利を守り、納得・安心していただける医療を提供するため、担当医師から検査・処置等のための診療行為の内容などについて十分な説明を行い、患者様からの同意に基づく診療を行っております。今回の検査について、担当医師からの説明をお聞きになり、納得されましてから、同意書の所定欄に署名され、担当医師までお渡し願います。本書類による同意後にご意志を撤回された場合にも、その後の診療において不利益を受けることはありません。

1.　現時点で考えられる病名及び症状

2.　検査の概要

パーキンソン病やレビー小体型認知症の診断における心シンチグラフィの検査です。

放射性医薬品を静脈注射し、検査用の撮像装置で撮像します。

注射して 20 分後と 3 時間後の 2 回、検査装置の寝台に仰向けになり心臓の撮像をします。検査はそれぞれ 20 分程度です。

3.　検査の必要性、目的、期待し得る効果

4.　検査の予定日時

＿＿＿＿年　　月　　日（　　）　　時　　分（注射をして、20 分後と 3 時間後の 2 回撮像をします）

5.　検査に伴う危険性、合併症、後遺症など

検査に用いられる検査薬による、重篤な副作用の報告はありません。

検査での放射線被ばく線量は 2～5 ミリシーベルト程度になります。健康への影響の心配はない線量です。

また、非常にまれですが、末梢神経障害や皮下出血などの一般的に静脈注射や採血に随伴する合併症の可能性があります。

6.　核医学検査に関する注意事項

① 認知機能低下のある方・日常生活動作に介助の必要な方には、ご家族に付き添いと介助をしていただいております。付き添いと介助がない場合には、検査はできません。 付き添いの方もわずかですが、放射線被ばくはありますことをご了承ください。

② 妊娠中の方あるいは妊娠の可能性のある方は検査できません。また、授乳中の方は検査後 3 日間は授乳を止めていただきます。

③ 核医学検査は予約検査であり、検査製剤は使用期限のとても短い特殊な薬剤です。
患者様側事由による検査キャンセルの場合、前日の 15 時まで（検査が月曜や祝日の翌日の場合、検査日前の最終平日 15 時まで）に下記までご連絡ください。以降のキャンセルおよび注意事項を遵守していなかった等の理由により、検査ができなくなった場合、薬剤（実費 44,000 円程度）は破棄になるため、**薬剤費をご本人様に実費負担していただきます**。

④ ごくまれに、悪天候等で放射性医薬品の納品遅延または中止により、検査日時の変更が生じることがあります。

7.　連絡先

本検査に関し、キャンセルなどの緊急の事態が発生した場合には、下記にご連絡ください。

連 絡 先：さいたま赤十字病院　放射線科 核医学検査室受付　048-852-1111（病院代表）20044（内線）

受付時間：月～金（平日のみ）9：00～15：00

上記の通り説明しました。

（説 明 日）　＿＿＿＿年　　月　　日

（説明医師）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（看 護 師）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（その他職種）　氏名＿＿＿＿＿＿（職種：　　）

心筋 MIBG シンチ 検査同意書

さいたま赤十字病院
院長 あて

私は、別紙 心筋 MIBG シンチ 検査説明書の通り、下記の内容について説明を受けました。

- □ 1．病名および症状について
- □ 2．診療行為（心筋 MIBG シンチ検査）とその内容（方法等）について
- □ 3．2 の必要性、目的、得られる効果について
- □ 4．2 の予定日時について
- □ 5．2 に伴う危険性、合併症、後遺症などについて
- □ 6．核医学検査に関する注意事項
- □ 7．連絡先について

上記説明内容について十分理解した上で
別紙 説明内容（心筋 MIBG シンチ 検査を受けること）について

（ □ 同意します ・ □ 同意しません ）

年 月 日

（患者本人）氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代 理 人）氏 名＿＿＿＿＿＿（続柄 ）

代理理由：□本人が署名できない状態である □その他（ ）

（患者家族）氏 名＿＿＿＿＿＿（続柄 ）

◆ 患者様の検査にあたっては、ご家族の方もそのことを十分理解されていることが望ましいため、可能な範囲でご家族の署名をお願いしています。（ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をしている親族及びこれに準ずる者を含みます）但し、患者様本人のご了解が得られない場合は、この限りではありません。

◆ 患者様が 15 歳以上 18 歳未満については親権者の同意のもとで本人への説明・同意が必要です。

◆ 患者様が 15 歳未満については親権者の同意が必要です。

◆ 患者様の容体により、ご本人からの了解が得ることが困難であるときは、親権者または代理人の了解をもってこれに代えさせていただきます。（また、親権者、代理人が不在の場合は医師により判断させて頂くことがあります）

心筋 MIBG シンチ 検査

患者様にお渡しください

検査の概要

心筋の交感神経活性を評価することで、パーキンソン病やレビー小体型認知症などの診断に用いられます。
レビー小体病では心臓へのMIBGの集積低下が見られますが、パーキンソン病に似た症状や認知症を呈する他の神経変性疾患(多系統萎縮症・進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症・アルツハイマー病など)では一般的に心臓へのMIBGの集積低下が認められないため鑑別診断に有用です。

検査前の確認事項

以下の項目に該当する方は、あらかじめ主治医師にお知らせください。

- 妊娠中または妊娠している可能性がある女性
- 授乳中の女性
- 抗うつ薬（特に三環系）や、レセルピン、ラベタロールを服用している方
- これまで何かのお薬でアレルギー反応を起こした方

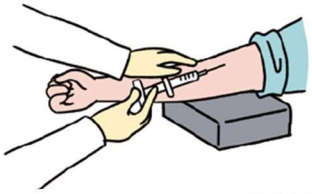
検査の流れ

1. 検査を受ける前に

検査前の食事制限や処置、生活上の注意事項などは特にありません。

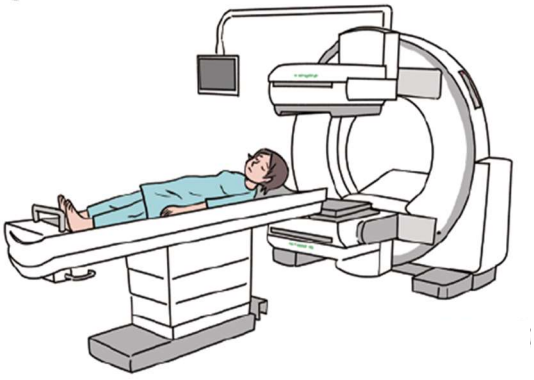
2. 注 射

静脈に検査薬（放射性医薬品）を注射します。
注射はすぐに終わります。



3. 撮 像

注射後、お薬が心臓に集まるまで20分間待ちます。
ベッドの上に仰向けになり、30分程度かけて撮像をおこないます。
3時間後にもう一度撮像を行います。



4. 検査後の注意

特にありません。通常どおりの生活で構いません。

＝中止・変更＝

検査のキャンセルなどの緊急の事態が発生した場合には、お早めに下記までご連絡ください。
ただし予約の変更は受け付けておりません。再度お掛りの医療機関で再予約となります。

連 絡 先：さいたま赤十字病院　核医学検査室受付　048-852-1111（病院代表）　20044（内線）
受付時間：平日（月～金）　9：00～15：00

さいたま赤十字病院　核医学検査室