

PET-CT 検査お申込み手順書

お申し込み手順

1. 当面は悪性腫瘍(早期胃がんを除く)のみの対応とさせていただきますので、次のPET-CT 検査目的に該当するかご確認ください。

保険適用の拡大に伴い、以下の検査目的の範囲内で検査を実施するよう求められている。

(1) 保険適用症例の選択基準

- (a) 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること。
- (b) 病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、PET あるいは PET-CT 以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること。

(2) 検査目的

- (a) 治療前の病期診断
- (b) 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
たと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
- (c) 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断
- (d) 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
- (e) 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
- (f) 悪性リンパ腫の治療効果判定

「日本核医学会 FDG PET・PET-CT 診療ガイドライン 2012」より抜粋

2. お電話にて検査予約日時をご相談ください。(084-941-5151(代)RI・PET-CT 受付内線 3030)
受付時間は平日(月曜日から金曜日)9時から16時までです。

3. 日時が決定しましたら、必要事項をご記入ください。

- ① 2枚目・・・ご記入の上、当院 FAX084-946-5209 へお送りください。(原本は貴院にて保管ください)

FAX 受信後、当院 RI・PET-CT 受付から内容確認の電話をさせていただきます。

- ② 3・4・5枚目・・・前処置、注意事項をご説明の上、患者さまへお渡しください。
- ③ 6枚目・・・同意書にご記入の上(医師のサイン等)、当院 FAX084-946-5209 へお送りください。
また、ご記入の同意書は患者さまへお渡しの上、当院へお持ちください。
- ④ 7枚目・・・検査までに必要事項をご記入の上、当院へお持ちください。

※ ご不明な点がございましたらご相談ください。

[参考] ^{18}F -FDG PET-CT 検査保険適用要件

「 ^{18}F -FDG を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(PET-CT 撮影)については、てんかんの診断又は悪性腫瘍(早期胃がんを除く)の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者。
2. 悪性腫瘍 (早期胃がんを除く)	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(悪性リンパ腫のみは治療効果判定)。
3. 虚血性心疾患	心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断(他の検査で判断のつかない場合に限る)。
4. 心サルコイドーシス	炎症部位の診断が必要とされる患者。

「診療報酬点数表」より抜粋

福山市民病院

PET-CT 検査紹介状(診療情報提供書)

福山市民病院

FAX 084-946-5209

貴医療機関名
診 療 科
住 所
電 話 番 号
担 当 医
(フルネーム)



検査予約日時: 年 月 日(曜日) 時 分頃

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正 昭和・平成 西暦	年 月 日 (歳)
患者名前		男・女			
患者住所	〒		身長	cm	体重 kg
			電話	(自宅) (携帯)	
電話連絡が可能な方	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人以外でも可()		電話での検査 説明日時	年 月 日(曜日) 午後	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍確定病名 ()				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫) <input type="checkbox"/> 他()				
他の検査	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他() ※CT・MRI等の画像診断がすでに施行されている患者さまが保険適用になります。(他院での検査でも結構です)必ず画像データを患者さまにお渡しください。				
病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり() ※特にご希望がない場合は眼窩～大腿基部までとなります。				

紹介目的, 既往歴及び家族歴, 症状経過及び検査結果, 治療経過, 現在の処方

腫瘍マーカー・その他

検査日	/	/
C E A		
CA19-9		
CA125		
A F P		
S C C		
C R P		

検査前確認事項

手術歴	年 月 日 部位()	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(インシュリン・内服)	
	年 月 日 部位()	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
化学療法 終了日時	年 月 日 治療内容()	妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	授 乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	年 月 日 治療内容()	心臓ペースメ ーカー・ICD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	年 月 日 治療内容()		型 番 ()	
放射線治療 終了日時	年 月 日 照射部位()・(Gy)	付 属 物	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液(末梢・CV)	
	年 月 日 照射部位()・(Gy)	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		入 外 区 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

※鎮静の実施や患者さまの状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

- 備考
1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
 2. 画像データ(CD-R, フィルム), 検査の記録を添付してください。

福山市民病院

PET-CT 検査を受けられる方へ

患者氏名

検査予約日時： 年 月 日(曜日) 時 分頃

当日は地域連携室で受付を済ませ、西館地下 RI・PET-CT 受付にお越しください。

上記の時間は1時間程度前後することがあります。

詳しい絶食時間と来院時間は、 月 日 () 15時～17時に電話でお伝えします。

その際、この用紙を手元に置いて記入してください。

絶食時間〔 時 分 ～ 〕 来院時間〔 時 分〕

絶食時間が守れていない場合や来院時間に遅れる場合は検査ができないことがあります。

検査前に問診・更衣がありますので遅れないよう到来院してください。

本検査で使用する薬剤は大変高額であり、保存ができません。来院時間に遅れる場合やキャンセルする場合は、PET-CT受付へ2日前までにご連絡ください。

患者さまの都合により、検査の2日前を過ぎてキャンセルされますと、薬剤料金の全額を自費で請求させていただきます場合があります。

電話番号(084-941-5151 内線 3030)

ご持参いただくもの

- PET-CT 検査受診案内書(PET-CT 検査を受けられる方へ)・・・本状
- 同意書
- 問診票
- 画像データ(CD-Rまたはフィルム)
- 当院の診察券, 健康保険証, 公費負担医療証など

絶食について

検査当日、検査時間の5時間前から絶食です。

少量の糖分でも検査に影響があるので、お水・さ湯以外は摂取しないでください。

アメ、ガム、ジュースなど糖分を含むものは必ず控えてください。

水分は、水または、さ湯のみにしてください。

内服薬について

かかりつけ医師より処方されている薬は、普段通り飲んでください。

糖尿病の治療中の方は、内服薬・インスリンについては、電話連絡で説明させていただきます。

糖尿病で血糖値が不安定な方は主治医にご相談ください。

検査中、痛み止めの薬が必要な方は持参してください。

検査前後の注意事項について

【検査前】

- ◎検査の1週間前からは、胃や大腸のバリウム検査を受けないでください。
- ◎検査前日から激しい運動は控え、安静に過ごしてください。

【検査当日】

- ◎検査当日は、長距離を歩いたり自転車での来院は避け、自家用車もしくは公共機関をご利用ください。また、身体が冷えることにより正確な診断ができない場合があります。なるべく冷気を避け、暖かい服装で来院してください。
- ◎検査中、読書・テレビ・携帯電話は使用しないでください。
- ◎前処置(絶食や運動などの制限)を行われなかった方、血糖値が高い場合や低い場合には、検査を中止、もしくは時間を変更させていただく場合があります。
- ◎リハビリパンツ・尿パッドを使用されている方は尿で汚染されていると正確な診断ができないので、撮影前に交換してください。

【検査後】

- ◎周囲の方への放射線被ばくを防ぐために、検査後は他の検査は受けず、なるべく人ごみを避けてお帰りください。翌日からは普段通りの生活でかまいません。
- ◎注射後12時間以内は、3歳未満のお子様との接触は避けてください。
- ◎授乳中の方でも検査可能ですが、検査後24時間以内の授乳は控えてください。
- ◎帰宅後副作用など異常あれば連絡してください。

検査時間・費用について

- ◎受付から検査終了までの所要時間は約3時間です。
- ◎検査費用は、3割負担の方で約3万円です。

その他

- ◎介助が必要な方は、家族の方に付き添いをお願いしています。
- ◎閉経前の方は、子宮・卵巣への生理的集積を避けるため、月経後1週間程度での検査をお勧めします。
- ◎ペースメーカーを使用されている方は、ペースメーカー手帳を必ず持参してください。
- ◎ブドウ糖を含む点滴は検査3時間前に、インスリンを含む注射をされている方は、検査5時間前までに終了してください。
- ◎機械のトラブルなどで検査開始時間が遅れたり、検査が行えない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ◎安全確保のために、PET-CT室に監視モニターを設置しています。
- ◎検査結果の説明は、後日、主治医からお聞きください。
- ◎インスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用されている場合は検査当日に外してください。

検査内容について

- ◎FDG(フルオロ・デオキシ・グルコース)はブドウ糖の類似物です。これに放射線を出す物質をつけて、放射性医薬品としてブドウ糖と同じように体に取り込まれます。(FDGは医療用医薬品として認可を受けたものです。)
- ◎PET検査は、がん細胞が正常細胞に比べて多くのブドウ糖を細胞内に取り込む性質を利用しています。体の中に分布したFDGを画像化し、FDGの集積の多い場所から、がんなどの病変を診断する検査です。このPETの画像と同時にCTも撮影します。PET-CTは、二つの画像を合わせて、機能、形態がより正確に診断できる検査です。

検査の安全性と危険性について

- ◎検査に用いる薬(FDG)の副作用に、気分不良・発熱・嘔吐・血圧低下などの報告が稀にありますが、重篤な副作用(ショック・死亡)の報告はありません。また、PET検査で受ける被ばくは、胃のバリウム検査と同等程度です。これにCTの被ばくが加わりますが、身体に悪影響を及ぼす程度ではありません。
- ◎妊娠されている方(その可能性がある方)の検査はできません。授乳中・育児中の方に関しては、検査後24時間以内の授乳は控えて下さい。また、乳幼児・妊婦への密接な接触も検査後12時間は控えて下さい。閉経前の方は、子宮・卵巣への生理的集積を避けるため、月経後1週間程度での検査をお勧めします。

ご理解いただきたいこと

- ◎FDGは糖代謝の盛んな脳・心臓に強く集積します。また、尿として排泄されるため、腎臓、尿管、膀胱にも強く集積します。このため、これらの臓器診断は困難となります。
- ◎FDGは良性疾患(炎症・甲状腺腺腫・大腸腺腫・唾液腺腫瘍など)にも集積し、良性、悪性の判断が困難な場合があります。
- ◎検出が困難となる場合がある腫瘍
 - ①1cm未満の小さな腫瘍
 - ②糖代謝の低い腫瘍(1cm以上の大きな腫瘍でも検出できないことがあります。)
 - ③検出されにくい腫瘍(胃がん・原発性肝臓がん・前立腺がん・腎がん・一部の肺がん・乳がんなど)
- ◎糖尿病などにより血糖値が高い場合は、病変の検出が困難な場合があります。(糖尿病の方は、検査の予約前に主治医とご相談ください。血糖値コントロールがなどの前処置が必要になる場合があります。)
- ◎心臓ペースメーカー、体内金属(歯のかぶせ・ブリッジ・人工関節など)の影響により、正確な検査結果が得られない場合があります。
- ◎他の検査・治療の影響で正確な検査結果が得られない場合
 - ①PET-CT検査前1週間以内の胃や腸のバリウム検査
 - ②PET-CT検査前3週間以内の化学療法
 - ③PET-CT検査前3カ月以内の放射線治療以上のようなことから他の検査との併用をお勧めする場合があります。

福山市民病院 PET-CT 室
電話番号(084-941-5151 内線 3030)

PET-CT 検査同意書

福山市民病院 

私は PET-CT 検査の内容と医療被ばくの説明を受け、検査の実施に同意します。

※使用する薬剤は高価なため、患者さま都合により、検査の2日前を過ぎてキャンセルされますと、薬剤料金の全額を自費で請求させていただく場合があります。

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

紹介元医療機関名 _____

検査依頼科 _____

説明医師 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄)

PET-CT検査 問診票

氏名 (生年月日) 年 月 日 歳

安全に検査を行うため、以下の質問にお答えください。

検査前日から現在までの間に運動をしましたか	はい ・ いいえ
本日（検査当日）、点滴や注射を受けましたか	はい ・ いいえ
一週間以内にバリウムを使った胃や腸の検査を受けましたか	はい ・ いいえ
体内金属・ペースメーカー・インスリンポンプ・持続グルコース測定器がありますか〔 〕	はい ・ いいえ
閉所恐怖症がありますか	はい ・ いいえ
ご自宅に3歳未満の乳幼児はおられますか	はい ・ いいえ
現在、糖尿病の治療中ですか 「はい」の場合、薬の名前を記入してください 〔 〕	はい ・ いいえ
現在、便秘をしていますか 「はい」の場合、最後排便はいつですか〔 月 日〕	はい ・ いいえ
現在、下痢をしていますか	はい ・ いいえ
今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか 「はい」の場合、病名といつ頃かを教えてください 〔 年 月 病名 年 月 病名 年 月 病名 〕	はい ・ いいえ
今まで手術・放射線治療・化学療法（抗癌剤）を受けたことがありますか 「はい」の場合、手術は〔 年 月 日〕 〔 年 月 日〕 放射線治療終了は〔 年 月 日〕 化学療法終了は〔 年 月 日〕	はい ・ いいえ
リハビリパンツ・尿パッドなどを使用されていますか	はい ・ いいえ

◇女性のみ下記にお答えください

現在、妊娠していますか。また、妊娠の可能性はありますか	はい ・ いいえ
現在、授乳中ですか	はい ・ いいえ
月経ありますか 「はい」の場合、周期は〔順（ 日周期）・不順〕	はい ・ いいえ
最終月経は、〔 月 日 ～ 月 日〕	
「いいえ」の場合、閉経は何歳ですか〔 歳〕	

ご協力ありがとうございました。

福山市民病院 PET-CT検査室