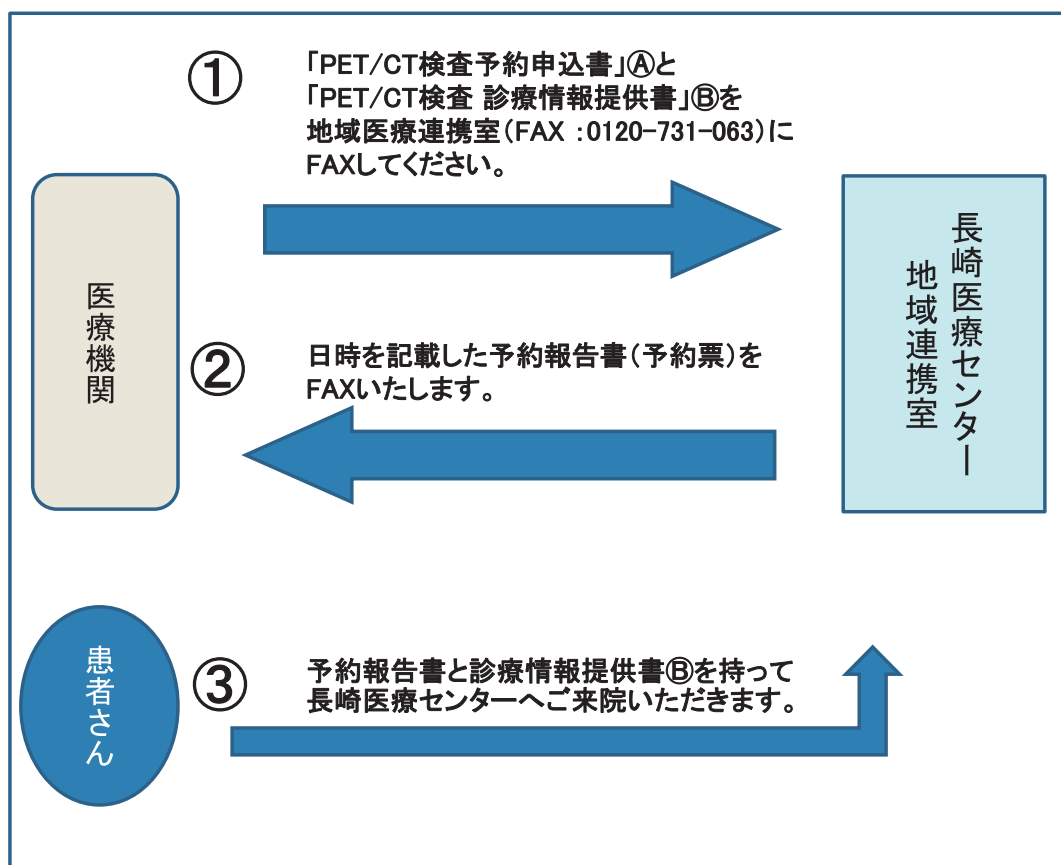


PET/CT検査予約方法について

【ご予約方法について】



【保険適応等・検査注意事項等のお問い合わせ先】

PETセンター TEL:0957-52-3121 (内線 3052)

【検査予約申込書について】

検査予約申込書がなくなりましたら、地域連携室までご連絡ください。郵送させていただきます。

地域医療連携室 TEL:0957-46-9004 (問い合わせ・資料請求)
FAX:0120-731-063 (予約用)
予約受付時間 平日(月～金) 8:30～16:30
休 診 日 土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)



独立行政法人 国立病院機構 長崎医療センター

PET/CT 検査の注意事項について

この度は PET/CT 検査をご予約いただき誠にありがとうございます。
注意事項は下記の通りとなっておりますので、必ずお守りいただくようお願いいたします。

何かご不明な点等ございましたら、PET センターまでご連絡ください。

～対象患者について～

1. 原則、自立歩行または車椅子移動が可能な患者となります。
2. 車椅子移動や介助を必要とされる場合は事前にご連絡ください。
3. 妊娠中や妊娠の可能性のある方は、原則として検査をお断りしております。
4. 閉所恐怖症の方、1人で30分以上安静が保てない方は事前にご連絡ください。
5. 原則、空腹時の血糖値が 200mg/dl 以上の方は検査不可となります。
6. 乳幼児との密接な接触は 12 時間後まで避けるようお願いいたします。
7. 授乳は 24 時間後まで不可となります。

～前処置について～

1. 検査 6 時間前からの絶食とし、飲水は水、お茶のみとなります。
2. 検査 4 時間前から糖尿病経口薬服用やインスリン注射は避けていただきます。
3. I 型糖尿病などで薬剤の中止が困難な場合は、PET センターへご連絡ください。
4. 前日から激しい運動やマッサージ、重い物を持つ等の行為は避けてください。
5. 検査前日夜から下剤の使用は避けてください。

参考資料

PET/CT検査の悪性腫瘍に対する保険適応について

(当院では検診を目的とするPET/CT検査は施行していませんのでご了承ください。)

検査目的	保険適応
悪性腫瘍 * 早期胃がんを除く * 悪性リンパ腫を含む	<u>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</u> (悪性リンパ腫は治療効果判定が可能だが、治療効果判定に用いられた場合でも転移・再発診断と見なす。)

悪性腫瘍の場合に確認する事項 1.

”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”について



3カ月以内に、CTやMRIなどの他の画像検査をしていることが必要です。

悪性腫瘍の場合に確認する事項 2.

”確定ができない”のは病期診断、転移再発診断であり、PET検査の前に癌であること自体は確定されている必要があります。

病理による確定診断がなされていなくとも

蓋然性の高い癌病名をつけることが必要です。”〇癌疑い”では通りません。

悪性腫瘍の場合に確認する事項 3.

(悪性リンパ腫以外で)治療効果判定や経過観察目的では通りません。

*同月にGaシンチを実施した場合、主たるもののみが請求されます。

*てんかん、心疾患が検査目的の場合は、電話にてご連絡ください。

(検査当日は参考となる画像データをご持参いただきますようお願いいたします。)

地域医療連携 PET/CT検査 予約申込書

紹介先医療機関名 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 御中
FAX: 0120-731-063 TEL: 0957-46-9004



FAX1

記入日: 西暦 年 月 日

紹介元 医療機関:	名称 所在地			
患者情報:	TEL・FAX	TEL:	FAX:	
	診療科・主治医名	診療科:	主治医名:	
	フリガナ			
	患者氏名			
	生年月日・性別	西暦 年 月 日 (歳)	男・女	
	住所	〒		
	TEL	* 検査前日にお電話でお知らせいたします。その際の連絡がつく電話番号の記入をお願いします。(前日が休日の場合は、休日前にお電話いたします) ①: () 続柄() ②(予備): () 続柄()		
	当院受診歴	無・有 (ID:) * ご存知でしたら患者番号の記入をお願いいたします。		

* 検査希望日の3日前(15:00)までにお申し込みください。
* 変更・キャンセル等は、2日前(15:00)までに地域連携室へご連絡ください。

紹介先医療機関名: 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
診療放射線部 PETセンター

検査希望日: 西暦 年 月 日 (曜日)

検査開始時間:

* 検査後の検査結果運用について、いずれかに✓を入れてください。

☐ CD/DVD・レポートを翌日郵送

☐ 画像・レポートは、あじさいネットで確認(レポートのみ郵送)

当日レポートをお渡しすることはできません。

紹介先医療機関名 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 御中
FAX: 0120-731-063 TEL: 0957-46-9004



記入日: 西暦 年 月 日 検査日: 西暦 年 月 日

FAX2

患者氏名: ()

紹介元医療機関名称:	*FAX送信後、捺印していただき「診療情報提供書」としてご本人様に持たせてください。 *保険適応については、厳密に定められております。検査担当医が適応外と判断した場合は、折り返しご連絡いたします。
診療科:	
主治医名:	

*現在入院中ですか? (□はい・□いいえ) → 「はい」の場合、DPC対象病院ですか? (□はい・□いいえ)

臨床診断	☐ 肺癌・ ☐ 乳癌・ ☐ 大腸癌・ ☐ 頭頸部癌・ ☐ 食道癌・ ☐ 子宮癌・ ☐ 卵巣癌・ ☐ 転移性肝癌・ ☐ 膀胱癌・ ☐ 脳腫瘍・ ☐ 悪性黒色腫・ ☐ 悪性リンパ腫・ ☐ 原発不明癌・ ☐ 大血管炎・ ☐ てんかん・ ☐ 虚血性心疾患・ ☐ 心サルコイドーシス・ ☐ その他 ()								
検査目的	☐ 悪性腫瘍 (□病期診断 ・ □転移・再発診断 ・ □原発巣検索) *早期胃がんを除く ☐ 治療効果判定 (悪性リンパ腫) ・ □炎症部位の診断 (大型血管炎・心サルコイドーシスに限る)								
糖尿病	糖尿病: ☐ 無・ ☐ 有 GLU: (mg/dl) (薬剤名:)								
歩行	☐ 自立・ ☐ 車椅子・ ☐ その他 (「その他」の場合、ご連絡/ご相談ください。)								
仰臥位30分間静止	☐ 可・ ☐ 不可 (「不可」の場合、検査できません。)								
独り1時間程度の待機	独り待機: ☐ 可・ ☐ 不可 「不可」の場合は介助者の同席が必要です。見守り・付き添いのできる方はご来院できますか? 介助者の同席: ☐ 可 ・ ☐ 不可 →同席できない場合は、検査できません。 ※介助者は検査者と同室で待機となりますので、介助者の同意が必要です。								
妊娠	妊娠: ☐ 無・ ☐ 有 (有りの場合は検査を行なえません。)								
感染症	☐ 無・ ☐ HBs抗原・ ☐ HCV抗体・ ☐ MRSA・ ☐ 結核・ ☐ その他 () /CRP(mg/dl)								
身長・体重 体内デバイス	身長 (cm) 体重 (kg) ☐ 無・有 (□ペースメーカー・□ICD・□その他 ())								
同一月内の検査	☐ CTを実施・ ☐ ガリウムシンチを実施 *主たるもののみの請求となります。								
実施画像検査 (3ヵ月)	☐ CT・ ☐ MRI・ ☐ RI・ ☐ その他 () *3ヶ月以内に画像診断を実施している必要があります								
病理検査	☐ 実施 (結果:) ・ ☐ 未実施 (*理由をご記入下さい。)								
腫瘍マーカー 「判明しているもの のみで結構です」	マーカー	値	検査日	マーカー	値	検査日	マーカー	値	検査日
	SCC			AFP			PSA		
	CA-125			PIVKA-II			SIL2-R		
	CEA			CA19-9			その他		
悪性疾患の診断根拠 * 何れかの項目を必ず チェックしてください。	☐ 病理的に悪性疾患として確定されている ☐ 悪性疾患として治療中もしくは治療後 ☐ 臨床的に悪性疾患であると考えられる 腫瘍マーカー高値のみでは根拠となりません								
臨床経過等 * 蓋然性の高い癌病名 をつけてください。 疑い診断は保険適応外 です。	* 疾患名、病変位置、経過、画像診断所見、病理学的判定、治療内容 (特に手術、化学療法等) 診断の根拠等について 具体的にご記入ください。								

PET/CT 検査を受けられる方へ

高額な検査です。必ず下記事項をお読みください。

患者用説明書

1. 検査について

・放射線同位元素を含んだ薬剤を注射して体内の糖代謝能力を画像にすることで、病気を調べる検査です。検査時間は約3時間程度を要します（その間検査室から出ることはできません）。注射した放射性同位元素は微量で、放射線量は約2時間毎に半分に減っていき、尿として排泄されます。翌日にはほとんど体内には残りませんので、ご安心ください。

来院時間 _____ :

2. 注意事項

- ・必ず、**検査前6時間以上の絶食**をおこなってください（糖分を含んだ飲料、ガム、飴も禁止です）。水、お茶（糖分を含まない）はご自由にお飲みください。
- ・前日から**激しい運動やマッサージ、重い物を持つ等の行為は避ける**ようにしてください。
- ・お薬は通常通り服用ください。ただし、**当日検査4時間前から糖尿病経口薬の服用やインスリン注射はできません**（ご使用中の糖尿病薬やインスリンはご持参ください）。
- ・検査前日から下剤の使用は避けてください。
- ・検査終了当日は妊婦や乳幼児との接触をできるだけ避けてください。
授乳中の方は、検査当日は授乳しないでください。
- ・妊娠中や妊娠の可能性のある方は原則として検査できません。
- ・閉所恐怖症の方、一人で30分以上安静が保てない方は事前にご相談ください。
- ・ご都合により**キャンセルされる場合、必ず検査2日前（2日前が休日の場合は、休日前）の15:00までに**地域医療連携室へご連絡ください。
当日キャンセルにおいては、検査薬の費用(45,000円 税抜)をご負担いただく場合があります。
- ・検査前日（前日が休日の場合は、休日前）、ご自宅または携帯に予約確認の連絡をさせていただきます。ご都合の悪い方はお申し出ください。

3. 検査当日は...

- ・検査予約時間の30分前までに総合受付へお越しください。保険証・予約票・紹介状等の提出をしていただきます。
- ・検査予約時間の10分前までに1階放射線受付へお越しください。
- ・来院後、PET センターで採血を行い、空腹時の血糖値を測定します。
食事をした場合や血糖コントロールが不良で血糖値が高い場合、検査を中止する場合があります。
- ・検査費用は総額で10万円前後で保険適用の場合、3万円前後（3割負担）がかかります。原則として保険適用外の検査はおこなっていません。

連絡先：TEL 0957-46-9004（地域医療連携室）

PET/CT 検査の流れ

患者用説明書

- 検査時間は、合計 3 時間程度です。検査が始まると検査終了まで PET センターからでることができませんので、ご協力をお願いします。
- 当日は、他の検査や診察は受けることができませんので、ご了承ください。

○検査の具体的な手順は以下の通りです。

① 検査の準備

検査着に着替えていただきます。時計や指輪等の金属類は全て外してください。
(義歯は撮影直前に外していただきますので、はめたままで結構です。)
また、貴重品等はロッカーの中に入れ、必ず鍵をかけてください。

② 問診と血糖値、身長/体重の測定

最後に食事を摂られた時間や、お薬の内服状況等について問診をします。
また、身長と体重、血糖値を測定します。

③ 薬剤投与(放射性医薬品)

肘や手の甲から自動注入器を使って薬剤(放射性医薬品)を投与します。



④ 待機(約 1 時間)

お薬が全身に行き渡るまで約 1 時間程度、待機/回復室で安静にお待ちください。
待機中、お水を飲んでいただきます。お水はこちらで用意しています。
読書や携帯電話の操作、会話もお控えください。
お時間になりましたら、モニタと音声でお知らせします。



⑤ 排尿(検査前)

撮影時間になりましたら、お手洗いを済ませてから検査室へ移動します。
撮影前に排尿することによって、膀胱に溜まった余分なお薬を排出し、
画像が見えやすくなります。

《注意》 トイレは、男性の方も必ず座ってご利用ください。

＊説明は裏面にもあります

⑥撮影

PET/CT 室にて撮影をおこないます。検査時間は 20 分程度です。



⑦回復(安静)

2 回目の撮影まで、待機/回復室にて約 40 分程度お待ちいただきます。
回復中はご自由にお過ごしください。



⑧追加撮影

2 回目の撮影をおこないます（検査時間は約 20 分です）。



⑨検査終了

お忘れ物がないようご注意ください。
更衣後は、ご帰宅となりますので、お忘れ物がないようご注意ください。

⑩お会計

1 階の総合受付 会計窓口でご精算ください。

会計窓口

