

PET-CT 検査について(予約方法)

- 1) まず、保険適用か否かのご判断をお願い致します。
「PET-CT 検査依頼時の注意事項」用紙を参考にしてください。
- 2) 次に、患者様が検査に適するか否かのご判断をお願い致します。
高血糖患者(150mg/dl 以上)・要介助患者は、原則としてお受けできません。
- 3) 「PET 検査の保険適用要件と患者情報」用紙に患者イニシャル・病院名・主治医名を記載し、該当する項目にチェックを入れてください。
- 4) 「診察及び検査予約依頼書」に必要事項を記載してください。
患者様の体重の記載もお願い致します。
- 5) 「PET 検査の保険適用要件と患者情報」及び「診察及び検査予約依頼書」を地域医療連携室に FAX してください。(FAX 072-441-8810)
折り返し、検査日時を FAX にてご連絡致します。しばらくお待ち願います。
- 6) **診療情報提供書(貴院のもの)**を作成し、疾患名・目的・既往歴(手術歴)・経過の記載を詳細にお願い致します。
特に、病理診断・腫瘍マーカー値・画像診断所見は必ず記載してください。
- 7) 「PET-CT 検査予約票」(4 枚綴り)に、ご連絡致しました検査日時を記載して、患者様に渡してください。
「PET-CT 検査問診票」に記載すること、「PET-CT 検査の説明書」と「PET-CT 検査の手順」をよくお読みいただくよう御指導をお願い致します。
特に、検査 4 時間前からの絶食と十分な水分摂取・運動制限は重要です。
- 8) 患者様にご持参いただくものは以下のとおりです。
①保険証 ②診療情報提供書 ③根拠となる画像および検査結果
④PET-CT 検査予約票(4 枚綴り)
尚、初再診受付後、必ず会計を先に済ませて頂く様、ご説明をお願い致します。

注意事項

- * 万一、保険適用にならないと想定した場合は、事前にご連絡させていただきます。
- * 乳幼児、小児に対する薬剤の安全性は確立されていませんのでご承知ください。
- * PET 室スタッフは被ばくの累積を避けるため、患者様の介助は行えません。
- * 予約変更及びキャンセルは検査 2 日前の昼(12:00)までにご連絡ください。

予約などに関するお問い合わせは

市立岸和田市民病院 地域医療連携室

TEL 072-441-8825

FAX 072-441-8810

PET 検査依頼時の注意事項

保険適用について

悪性腫瘍

- 1) 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)が保険適用になります。
- 2) 良悪性の鑑別は、保険適応ではありません。確定した悪性腫瘍のみが適用になります。
- 3) 他の検査、画像診断により病期診断が確定できない場合に適用になります。
- 4) 他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない患者に適用になります。
- 5) 単なるフォローアップは適用になりません。
- 6) 同一月内にガリウムシンチグラフィーが行われている場合、いずれかが不適用になります。

てんかん

難治性部分てんかんで外科的切除が必要な場合に限りです。

虚血性心疾患

虚血性心疾患による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り)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる場合に限りです。

PET 検査の被ばく・副作用について

- 1) FDGに用いられるF-18の半減期は110分と短く、CT検査とあわせても、患者様本人の被ばく線量は副作用がでるほどのものではありません。
但し、乳幼児・小児に対する薬剤の安全性は確立されていませんのでご承知ください。
- 2) F-18は放射線のエネルギーが高いため、医療従事者や家族、介護者の被ばくにも留意する必要があるためPET検査を受けられる患者様は、介助を要しないことが原則となります。
- 3) 介助しながらの検査を希望される場合には、介助者の被ばく(胸部X線1回分以下)につきまして、あらかじめ介助者から了承を得てください。また、検査後の介助者の被ばくについてもご留意ください。
PET室スタッフは被ばくの累積を避けるため、介助は行えません。
- 4) 検査後6時間程度は、妊産婦や乳幼児との接触をできるだけ控えるようご指導ください。
- 5) ペースメーカーの機種により、CTを照射できない場合があります。ペースメーカー装着の患者様は検査当日にペースメーカー手帳を持参するように説明してください。対象機種の場合は、ペースメーカー部位は検査できません。

検査費用について

- | | |
|-------------|--------------|
| 1) 保険適用の場合： | 2～3 万円 |
| 2) 検診の場合： | 94,000 円(税別) |
| 3) 自費の場合： | 10 万円前後 |

- ※ 依頼内容で保険適用外と想定された場合、事前にご連絡いたします。
- ※ 検査当日は他の検査をしないでください。(まわりの方の被ばくを避けるため)
- ※ 地域医療連携機関からのご紹介の場合、根拠となる画像や検査結果を持参させてください。

検査などに関するお問い合わせは 市立岸和田市民病院 中央放射線部 PET・RI 室
TEL 072-445-1000 内線 1148 (平日 9～17 時)

患者イニシャル

病院名

主治医

疾患名 ()

疾患名	保 険 適 用 と な る 要 件
悪性腫瘍 (早期胃癌を除き、 悪性リンパ腫を含む)	☐ 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
てんかん	☐ 難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者
心疾患	☐ 虚血性心疾患による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)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者

患者情報

☐不要 自力歩行ができベッド上で 30 分ほど安静可能な患者様
☐要 自力歩行やベッドへの移動ができない場合、家族・主治医などによる介助が必要です。
 PET 室スタッフは被爆の累積を避けるため、患者様の介助は行えません。
☐介助者の同意（介助者の被ばくに関する説明をし、承諾済みです。）

糖尿病 ☐なし
☐あり（空腹時血糖値 mg/dl）
 空腹時血糖値が 150mg/dl 以下が望ましい。 200mg/dl 以上は検査できません。

ペースメーカー ☐ なし
☐ あり（当日ペースメーカー手帳を持参するように説明してください。）

検査などに関するお問い合わせは 市立岸和田市民病院 地域医療連携室

TEL 072-441-8825

FAX 072-441-8810

検査日 年 月 日 時 分

PET-CT 検査問診票

検査当日にご記入のうえ、必ず持参してください。

※ PET-CT 検査に際し、下記の該当する項目に記入または○印をつけてください。

1) 本日検査のため4時間以上の絶食をされていますか。 (はい・いいえ)

2) 本日検査のため十分な水分摂取(糖分を含まない)をされましたか。 (はい・いいえ)

3) 最近、一週間でスポーツなどの運動や過激な肉体労働をされましたか。 (はい・いいえ)

[はい]の方は、具体的にいつ何をされたかご記入ください。

いつ頃 何を

4) 糖尿病と言われたことがありますか。 (はい・いいえ)

[はい]の方は、現在の治療法に○をつけてください。 (内服・インスリン・食事療法)

インスリン治療中の方は、最終の投与日時をご記入ください。 月 日 時頃

5) 女性の方にお聞きします。

現在妊娠している可能性がありますか。(はいの方は原則禁忌) (はい・いいえ)

現在生理中ですか。 (はい・いいえ)

現在授乳中ですか。(はいの方は検査後24時間授乳中止) (はい・いいえ)

乳房にしこりや痛みを感じたことがありますか。 (はい・いいえ)

6) ペースメーカーが入っていますか。 (はい・いいえ)

(はいの方は、当日ペースメーカー手帳をお持ちください。)

7) 検査のために必要となりますので、現在の身長・体重をご記入ください。

身長 (cm) 体重 (kg)

年 月 日

患者署名

※代理人が署名する場合

代理人署名 本人との続柄 ()

検査などに関するお問い合わせは 市立岸和田市民病院 中央放射線部 PET・RI 室
TEL 072-445-1000 内線 1148 (平日 9~17 時)

PET-CT 検査の説明書

下記の内容をお読みいただき、ご理解ください。

PET-CT 検査を受ける前に、必ず、お読みください。

- 1) 検査の 4 時間前から絶食し、十分な水分摂取をしてください。
(水・お茶・ミネラルウォーター：但し糖分を含まないもの)
- 2) 検査前日および当日の運動は控えてください。
自転車での来院も、控えてください。
- 3) 時間厳守！(薬剤は時間が経つと効果が薄れていきます。)
- 4) 妊娠中、または、妊娠の可能性のある方は、検査ができません。
- 5) 検査終了から 6 時間ほどは、乳幼児や妊婦との接触を控えてください。
- 6) 薬剤を静脈注射後、24 時間ぐらいで体内の放射性物質はなくなりますので心配いりません。
- 7) ペースメーカーが入っている患者様は、当日ペースメーカー手帳をお持ちください。

PET-CT 検査について

この検査では、ブドウ糖に放射性同位元素をつけた FDG というお薬を静脈注射した後、約 1 時間安静にし、PET 装置で撮影を行います。PET 画像を、同時に撮影された CT 画像と比較して、病気の診断をおこないます。

PET-CT 検査の安全性および被ばくについて

- 1) PET 検査で用いる FDG は、製薬会社で製造され、副作用の心配はありません。
- 2) PET による被ばく線量は約 2.2mSv で、1 年間に受ける自然放射線と同じくらいです。
- 3) CT による被ばく(3-25mSv)が加わりますが、この線量で放射線障害は起こりません。

PET-CT 検査の限界について

がんの種類および大きさによっては、見つからないことがあります。

検査費用

- | | |
|-------------|--------------|
| 1) 保険適用の場合： | 2～3 万円 |
| 2) 検診の場合： | 94,000 円(税別) |
| 3) 自費の場合： | 10 万円前後 |

検査などに関するお問い合わせは

市立岸和田市民病院 中央放射線部 PET・RI 室
TEL 072-445-1000 内線 1148 (平日 9～17 時)

PET-CT 検査の手順

1. 会計(外来患者のみ)

検査前に総合受付計算③番に PET 予約票を提出し、会計をお済ませください。

2. 受付

PET・RI 受付にお越しいただき、予約票と問診票を提出してください。その後に血糖値測定を行います。

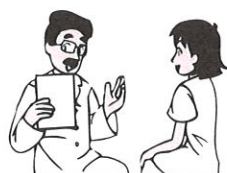


3. 更衣

黄色いスリッパに履き替え更衣室にて検査着に着替えてください。貴重品は必ず個人管理してください。更衣後に身長・体重測定します。

4. 検査説明

PET 処置室にて検査の説明と注意事項、問診票をチェックします。



5. 投与(注射)

検査薬(FDG)を静脈注射します。

6. 安静室

約 1 時間安静にしてお待ちください。
この間にお渡ししたペットボトルで水分補給を充分してください。
適時トイレで排尿してください。

7. トイレ

撮影直前にも排尿していただきます。
*男性の方も必ず便座に座ったまま排尿してください。

8. PET-CT 検査(約 30 分)

名前を呼ばれた方は、安静室から PET-CT 室に入ってください。

検査台に 30 分ほど寝ていただくだけで検査は終了します。



9. 回復室

撮影終了後約 30 分お休みいただき
できるだけトイレで排尿してから退室してください。



10. 更衣

更衣室にて着替えてください。
お忘れ物のないように！

11. 検査終了

お気をつけてお帰りください。
何処にも寄らなくてかまいません。