

診療情報提供書 PET-CT検査依頼予約票

(ご依頼医療機関さま)

洛和会音羽病院

紹介先医療機関 洛和会音羽病院 担当医 殿		申込日 年 月 日	
病院/医院		科 医師氏名	
TEL: ()		印	
予約日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分		
ふりがな	生年月日		
氏名	様 男 女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 平成・令和	
住所	〒 -	TEL: 携帯:	
確認事項	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖値 (mg/dl)
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	体重	kg	
	その他留意点	30分程の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
検査部位	<input type="checkbox"/> 通常全身(頭頂~大腿基部となります) <input type="checkbox"/> その他 ()		
臨床診断	<input type="checkbox"/> 病理組織的に悪性腫瘍と確認されている <input type="checkbox"/> 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される <input type="checkbox"/> その他 ()		
悪性腫瘍名 (早期胃がんを除く)			
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他(自由診療)		
施行した画像診断	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()		
臨床診断・既往歴 腫瘍マーカーなど	MRI同時予約の場合 造影・単純 (頭部 頸部 胸部 腹部) (骨盤部 四肢 脊椎(頸・胸・腰)) 検査目的及び部位詳細 造影に関して 過去にMRIの造影検査を受けたことがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認 気管支喘息(過去5年以内の既往も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (造影不可) その他アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 腎機能 eGFR() Cr() BUN() 【採血日 年 月 日】		
治療歴	手術歴	部位 年 月(術式)	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 年 月(術式)	
化学療法	年 月	放射線治療	年 月
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 終了	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	終了
★CT、MRI検査などの画像診断が施行されている場合に保険適応となります。 できるだけ、検査フィルムを患者さまにお渡しください。(他院さまの検査でも構いません)			

診療情報提供書 PET-CT検査依頼予約票

FAX 075(593)2130 (洛和会音羽病院控え)

紹介先医療機関 洛和会音羽病院 担当医 殿		申込日 年 月 日		
病院/医院		科 医師氏名		
TEL: ()		印		
予約日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分			
ふりがな			生年月日	
氏名	様 <small>男 女</small>		明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -		TEL: 携帯:	
確認事項	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖値 (mg/dl)	
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	体重	kg		歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車いす・ストレッチャー)
	その他留意点			排尿 <input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助必要
検査部位	<input type="checkbox"/> 通常全身 (頭頂~大腿基部となります) <input type="checkbox"/> その他 ()			
臨床診断	<input type="checkbox"/> 病理組織的に悪性腫瘍と確認されている <input type="checkbox"/> 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される <input type="checkbox"/> その他 ()			
悪性腫瘍名 (早期胃がんを除く)				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他 (自由診療)			
施行した画像診断	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()			
臨床診断・既往歴 腫瘍マーカーなど	MRI同時予約の場合 造影・単純 } { 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 四肢 脊椎(頸・胸・腰) 検査目的及び部位詳細 造影に関して 過去にMRIの造影検査を受けたことがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認 気管支喘息 (過去5年以内の既往も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (造影不可) その他アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 腎機能 eGFR() Cr() BUN() 【採血日 年 月 日】			
治療歴	手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 年 月 (術式) 部位 年 月 (術式)		
	化学療法	年 月 終了	放射線治療	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 終了	
★CT、MRI検査などの画像診断が施行されている場合に保険適応となります。 できるだけ、検査フィルムを患者さまにお渡しください。(他院さまの検査でも構いません)				

PET-CT検査依頼予約票

(患者さま控え)

紹介先医療機関 洛和会音羽病院 担当医 殿	申込日	年	月	日		
病院/医院	科	医師氏名	印			
TEL : ()						
予約日時	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
ふりがな				生年月日		
氏名	様	男 女	明治・大正・昭和 平成・令和	年	月	日 (歳)

- ・検査当日は診療情報提供書と保険証をご持参のうえ、予約時間の約30分前に洛和会音羽病院総合受付にお越しください。
- ・主治医の先生からの紹介状、医療機関からの資料（フィルムなど）がございましたら、一緒にお持ちください。

検査に対する注意事項

患者さまへのお願い

検査前日・当日の過ごし方、食事について

- ① 検査前日、当日の激しい運動（力仕事、長時間の歩行）はしないようにしてください。
- ② 検査時間は、問診～検査終了まで約3時間かかります。（必要に応じて追加撮影を行う場合があります）
- ③ **検査開始時刻の5時間前から絶食してください。**
 - ・午前検査の場合→当日の朝食は摂らずにお越しください。
 - ・午後検査の場合→検査5時間前までに軽くお済ませください。
 - ・検査当日はジュースや缶コーヒー、飴やガムなどの糖分を含む物は摂らないでください。
 - また、水・お茶（糖分を含まない飲み物）はご自由にお飲みください。

内服について

- ④ **糖尿病治療中の方への注意点**
 - ・検査開始時刻の5時間前から検査終了まで絶食になりますので、血糖降下薬ならびにインスリン注射はおやめください。
- ⑤ **糖尿病以外のお薬**
 - ・検査前日および当日の下剤の使用は避けてください。
 - その他のお薬については内服いただいて結構です（血圧の薬、鎮痛剤等、医師から処方されているお薬）。

検査を安全に行うために

- ⑥ 以下のような方は、検査前（注射前）に、医師に申し出てください。
 - ・現在妊娠中、または妊娠の可能性のある方
 - ・授乳中の方（検査当日は赤ちゃんへ母乳を与えることを避けてください）
 - ・乳幼児がいる方（検査当日は赤ちゃんを抱くのを避けてください）
 - ・30分程度同じ姿勢を保つことが難しい方

その他について

- ⑦ 検査は予約制になっています、**予約時間に遅れる・来院できない場合は前日の午後4時までに**（洛和会音羽病院放射線部 PET-CT画像診断センター TEL.075(593)2130）ご連絡ください。
なお、予期せぬ機器トラブルにより、検査が予定通り行えない場合があります。御了承ください。
- ⑧ 検査終了後の約2時間は、乳幼児、妊産婦との接触をできるだけ控えてください。




医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院

〒607-8062

京都市山科区名神京都東インター横

洛和会音羽病院放射線部 PET-CT画像診断センター

TEL 075(593) 2 1 3 0 (FAX兼用)

 0120 (607) 4 8 9 (予約センター)

PET-CT検査 説明書（患者さま用）

洛和会音羽病院 PET-CT画像診断センター

1. PET - CT検査の流れ

① 食事制限

検査予定の5時間前から検査終了まで、病気の部分へのお薬（18F-FDG）の集まりをよくするためお食事は摂らずにお越しください。

ただし、**水・お茶（糖分を含まない飲み物）**はご自由にお飲みください。

② 受付・問診

洛和会音羽病院総合受付にお越しいただき、D棟地下放射線受付にて受け付けを行います。放射線科医・看護師による問診を行います。その後、検査着に着替えをしていただきます。（ベルト、ネックレス、ワイヤーのついたブラジャー、湿布、カイロ、エレキバンなどは外してください）

貴重品の管理は各個人さまでお願いします。

③ 薬剤注射

血糖値を測定し、放射線を出す18Fをブドウ糖に付けた18F-FDGを予定の時間に静脈注射します。

④ 安 静

FDGが全身に分布するまで約1時間待ちます。

体を動かしますと、筋肉などにFDGが集まり、診断が困難になりますのでできるだけ安静にお過ごしください。読書もしないでください。眠くなりましたら眠っていただいて結構です。※気分が悪くなった場合は、備え付けの呼び出しボタンを押してください。

⑤ 排 尿

FDGが尿として膀胱に集まりますので、十分水分を摂取し撮影直前に、排尿していただきます。※**自立排尿が困難な方は、おむつ・ストーマの替えをいくつかお持ちください。**

⑥ 撮 影

PET-CTカメラの下でおよそ30分間ベットを移動させて頭頂～大腿上部まで撮影します。

撮影中は、仰向けを保つだけですが、体はなるべく動かさないでください。

内容によっては追加撮影を行う場合があります。

⑦ 安 静

撮影終了後、再び約1時間、回復室で安静にさせていただきます。

更衣室にて着替えて退出です。貴重品などお忘れ物のないようお願いします。

⑧ 会計・結果説明

検査終了後、会計にてお支払いください。

検査後は、いつも通りの生活をしていただいで構いません。

結果は後日、検査を依頼した担当医師から説明があります。

2. 検査費用

PET-CT検査は、一定の要件を満たした場合に保険が適応されます。

ご負担額は処置の種類やご加入の保険により異なりますが、3割負担で3万円程度となります。

3. PET-CT検査を受けるにあたり次の点をご理解ください

- ◆FDGは投与後は1時間ほど安静が必要になります。
 - ◆FDGは糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積します。また尿から排泄されるので、腎臓や尿路、膀胱に強く集積します。このためこれらの臓器の診断は難しくなります。
 - ◆FDGは、炎症や甲状腺腫、大腸腺腫などの良性疾患にも集積します。
 - ◆FDG - PET検査は顕微鏡レベルのがんや5mm以下の小さながん、糖代謝の低いがんは診断できません。
また、がんの中にも肝細胞がんや胃がんなどのようにFDGが集積しにくいものがあり診断できないことがあります。
 - ◆PET検査で有用性の高いがん（一般的に報告されています）
頭頸部・肺・食道・乳・膵・大腸・卵巣・子宮体がん・悪性リンパ腫、悪性黒色腫など
 - ◆PET検査で検出しにくいがん（一般的に報告されています）
腎臓・尿管・膀胱・前立腺・子宮頸がん、肝細胞がん、消化器粘膜内がん、白血病など
 - ◆FDG - PET検査はこれだけで診断が確定するものではありません。このため今回の検査で異常所見がみられた場合、診断のためにさらにほかの追加検査が必要になることがあります。
 - ◆血糖値が、150mg/dℓを超えると腫瘍へのFDG集積は低下し、検出がしにくくなります。
検査直前に血糖の簡易検査を行います。この時点で血糖値が200mg/dℓ以上の場合には診断能が低下するため検査を中止することがあります。
- ★検査は予約制になっています。遅れる・来院できない場合は前日の午後4時までにご連絡ください。

4. 陽電子放出断層撮影（PET）検査について

この検査は、放射性同位元素¹⁸F（フッ素）で標識された¹⁸F-FDG（フルオロデオキシグルコース）という薬剤を静脈注射した後に撮影を行なって体内の糖代謝を見ることにより、がんなどの疾患を診断する検査です。

5. 検査の安全性と被ばくについて

当院で使用する¹⁸F-FDGは、日本メジフィジックスが製造販売する放射性医薬品であり、日本核医学会および日本アイソトープ協会が定めるガイドラインに準拠し、品質試験に合格したものです。

この薬剤による副作用の心配はありません。また、PET検査1回の被曝量は約2.2mSv（ミリシーベルト）です。これは人が1年間に自然に受ける放射線量とほぼ同等、胃のバリウム検査の約半分で放射線障害が起きることはありません。（ただし、妊娠している方、小児についてはご相談ください）

CTによる被曝量も患者さまの診断に必要な最低限の量に最適化しています。

6. 個人情報について

当PETセンターでは、テレビカメラを通して検査の進行状況を把握し、皆さまをご案内しておりますが、画像を録画したり、プライバシーを侵害したりすることはありません。

今回の検査結果を医学会や学術誌に発表、あるいはより多くの方に検査を知っていただくために使用することがあります。ご理解ください。この際、氏名などのプライバシーに関する個人情報は一切公表されることはありません。

最後に、洛和会音羽病院では、個人情報保護法に基づき、患者さまのプライバシーを守ることに十分配慮しておりますので、ご安心ください。