

## PET/CT検査の申し込み方法及び結果報告

- ・ 1. 医療機関の担当者様が中央放射線部 検査予約係（03(3964)1211 内線32224）に電話してください。
- ・ 2. 「PET検査依頼書」及び「チェックリスト」をFAXにてお送りいたしますので、必要事項を記載のうえ、検査予約係（FAX:03(3964)1067）あてにFAXしてください。
- ・ 3. 画像診断センター医師がFAXされた書類の内容を確認し、保険適用の可否を判断して、検査日時と併せてFAXで回答いたします。
- ・ 4. 予約日が決定しましたら、「PET検査を受ける方へ」を、患者さまにお渡し願います。
  - 自費による検査を希望される患者さまには、「同意書」を作成していただき、折り返しFAXをお願いします。
  - なお、検査当日に「同意書」の原本をお持ちください。
- ・ 5. 検査結果につきましては、ご紹介いただいた医療機関の主治医様からご説明いたします。
- ・ 6. 連絡なしに検査をキャンセルされた場合には、薬剤費を請求することになりますのでご注意ください。
- ・ 7. 下記に該当する患者さんは、安全性の確保等の理由により、検査をご遠慮いただいておりますのでご注意ください。
  - 重篤な糖尿病の方
  - 呼吸管理の必要な方
  - 長時間静止してられない方
  - 認知症・意思の疎通が不可能な方
  - セデーションの必要な方
  - 全身状態の悪い方
- ・ ※ 検査結果（画像）のご報告はCD-ROMまたはDVDでの提供となります。



# PET/CT検査依頼票

依頼日 年 月 日

**FAX (03) 3964-1067(直通)**

|         |                |     |
|---------|----------------|-----|
| 患者氏名    |                | 男・女 |
| 生年月日    | M・T・S・H 年 月 日生 |     |
| 連絡先(本人) |                |     |

当院の診察券番号

検査希望日  
(第一候補日)

平成 年 月 日( 曜日)

検査希望日  
(第二候補日)

平成 年 月 日( 曜日)

診療区分

保険適応

自由診療

## ■臨床経過 (既往歴)

医師署名

ご依頼施設名:

電話

FAX

ご担当者

■注意事項: 保険適応の場合は、チェックリスト、自由診療の場合は同意書を添付してください。



帝京大学医学部附属病院 中央放射線部

# PET/CT検査のための問診・保険適用要件チェックリスト

保険診療を依頼される場合は、必ず下記の適用要件チェックをお願いします。

\*適用要件を満たさない場合は保険適用とはなりませんので注意してください。

|                          |             |  |
|--------------------------|-------------|--|
| ● 悪性腫瘍における保険適応の場合        |             |  |
| <input type="checkbox"/> | 早期胃癌を除く悪性腫瘍 | 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使用する  |
| ● 脳と心臓における保険適応は以下2種類の疾患  |             |  |
| <input type="checkbox"/> | 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に使用する。  |
| <input type="checkbox"/> | 心筋梗塞        | 虚血性心疾患による心不全患者で心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する<br>(ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判別困難な場合に限定する) |

同月に行われた検査

CT検査

帝京病院でのCT検査

ガリウムシンチ

## 問診票

| 質問事項                                       | 回答記入欄 |      |
|--|-------|------|
| 1.検査終了まで約3時間、1人で個室にいることが可能ですか。(原則付き添いは不可)  | 可能    | 不可能  |
| 2.呼吸管理が必要ですか。                              | 必要ない  | 必要   |
| 3.長時間静止していることが可能ですか。(痛みなどで動いてしまうと検査ができません) | 可能    | 不可能  |
| 4.意思の疎通が可能ですか。                             | 可能    | 不可能  |
| 5.妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。または授乳中ですか。           | いいえ   | はい   |
| 6.植込み型心臓ペースメーカーを装着していますか。                  | していない | している |
| 7.植込み型除細動器(ICD)を装着していますか。                  | していない | している |
| 8.糖尿病の方。                                   | いいえ   | はい   |
| 9.インシュリン投与をされている方                          | いいえ   | はい   |

※受診される方の都合や、体調不良によって検査が中止となった場合、薬剤費をご負担いただきます。ご了承の上、下記にお名前のご記入、捺印をお願いいたします。

被検者の都合や、体調不良によって検査が中止となった場合、薬剤費を負担することを了承いたします。

お名前(被検者) \_\_\_\_\_ (印)

記入日:平成 年 月 日



帝京大学医学部附属病院 中央放射線部

# PET/CT検査に関する同意書

医療機関名  
医師名

## PET(ポジトロン断層撮影)検査について

この検査は、放射性同位元素(F-18)で標識されたフルオロデオキシグルコース(18F-FDG)という薬剤を注射した後に撮影を行なって、体内の糖代謝能をみることにより、がん等の疾患を診断する検査です。

## 検査の安全性と危険性

この薬剤による副作用の心配はありません。PET検査1回の被曝量は胃のバリウム検査とほぼ同等で、この線量で放射線障害がおこることはありません。

(ただし、妊娠している方、授乳中の方、小児についてはご相談ください。)

## PET検査を受けるにあたり、次の点をご理解ください

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、炎症疾患、甲状腺腫や大腸ポリープなどの良性疾患にも集積します。

FDG-PET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検査は革新的ながんの検査方法ですが、完璧というわけではありません。今回の検査で異常所見がみられた場合、診断のため別途検査をお勧めすることがあります。

## 費用について

PET検査の費用は、152,250円(初診料、検査料、診断料、消費税含む)になります。

## その他

機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情により薬剤(FDG)が届かない場合には、検査が行えない場合もありますのでご了承ください。

説明内容について不明な点があるときや、この同意書を提出した後に同意を取り消したいときには、検査受診日前までに主治医にご相談ください。

なお、検査のキャンセルは前日(休診日の場合はその前の診療日)の16時までに放射線検査予約係(電話03-3964-1211 内線32224)までご連絡ください。

## 同意書

上記の検査について、主治医から説明を受け内容を十分理解しましたので受診することに同意します。

署名年月日：               年    月    日

ご署名：    印

(受検者様が未成年あるいは意識障害などの場合のみ代理人の方のご署名と続柄を記載)



帝京大学医学部附属病院 中央放射線部