

保険診療 PET/CT 検査の流れ

I 検査受付時間 月～金曜日 (1日4枠)

①枠目 8:40～ ②枠目 9:00～ ③枠目 9:20～ ④枠目 11:30～

※平日午後、または土曜日施行できる場合もございます。至急の場合はご連絡ください。

II 検査費用 保険診療... 約¥30,000 (3割負担の場合)、約¥10,000 (1割負担の場合)
自費診療... 約¥100,000

III ご予約の方法

予約申込

①所定の診療提供書 (PET 検査依頼書) に必要項目をご記入の上、ご予約をお申込み願います

本書式は当院ホームページからもダウンロードできます。

FAX 0467-87-5119 まで送信して下さい。

診療情報提供書 2 枚目は、ご紹介元医療機関お控えとして使用願います

◆受診者様へ以下書類をお渡し願います◆

診療情報提供書 1 枚目 (原本)、問診票、同意書

→当日ご持参していただく書類になります。

診療情報提供書 3 枚目、検査をお受けになる方へ、交通のご案内

→検査の注意事項等記載されております。

◆受診者様へ以下注意事項をお伝え願います◆

- ・検査前日よりトレーニングや激しい運動は避けること。
- ・検査時間 5 時間前から絶食、糖分の入ったジュース類は飲まないこと。

②FAX 頂きましたら受診者様へ受診日程の決定及び当日の注意事項等のご連絡をさせていただきます。また、当院にて保険適用可否確認し、不可の場合は主治医にその旨ご連絡させていただきます。

③受診日程が決定しましたらご紹介元医療機関地域連携、または主治医にご連絡させていただきます。

検査結果

当院読影医師によるレポート及び検査画像 CD 作成同封の上、受診日から約 1 週間程度でお渡し致します。(検査日により異なります)

※診療情報提供書 1 枚目につきまして、診察中にご記入する時間がない場合や記入内容を受診者様へ見せたくない場合等は、当院へ郵送または後日報告書を持参する際にお引き取り致しますのでそれまで保管頂ければ幸いです。



医療法人社団 康心会

茅ヶ崎中央病院

CHIGASAKI CHUO HOSPITAL

〒253-0041

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎 2-2-3

お問い合わせ先: 茅ヶ崎中央 地域連携室

TEL : 0467-86-6530 (代表)

FAX : 0467-87-5119

営業時間 : 8:30～17:00





検査予約日時： 年 月 日 () 時 分

| | | | |
|-------|-----|------|--|
| 医療機関名 | | 担当医師 | |
| TEL | () | 診療科 | |
| FAX | () | | |

| | | | | |
|------|-----|-----|------------|------------|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | |
| 患者氏名 | | | M・T S・H | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 - | | TEL | () |
| | | | 携帯電話 | () |

| | |
|------|--|
| 臨床診断 | 肺癌 大腸癌 悪性黒色腫 悪性リンパ腫 頭頸部癌 () 膵癌 乳癌 脳腫瘍 原発不明癌 食道癌 転移性肝癌 卵巣癌 子宮癌 前立腺癌 胃癌 (早期胃癌を除く) 胆道癌 その他悪性腫瘍 () |
| 検査目的 | 病期診断 転移再発診断 原発巣検索 他 () |

【保険適用条件】

- 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
 他の検査、画像診断により肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌または転移性肝癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者
 他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者
 転移性肝癌の原発巣の不明な患者
 リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者

| | |
|--|---|
| 画像検査 | CT MR US RI 他 () |
| 病理検査 | *実施した病理と結果 (実施していない場合は理由をご記入願います) |
| 腫瘍マーカー | |
| 撮影希望範囲 | 頭頂部～大腿部 他 () *特に希望がない場合は頭頂部～大腿部までとなります |
| 臨床経過等 *必ずご記入 下さい | |
| PET検査歴 | 無・有 年 月 日 医療機関名 () |
| 手術歴 | 無・有 年 月 日 術式 () |
| 化学療法 | 無・有 年 月 日 種類 () |
| 放射線治療 | 無・有 年 月 日 部位 () |
| *手術・放射線治療・化学療法後の検査は、時期によって偽陽性発生の恐れがありますので予めご了承ください | |
| 糖尿病 | 無・有 *糖尿病薬剤について：検査当日の服用 (投与) は避けてください *糖尿病患者の方はFDGの患部への集積低下により偽陰性所見を呈する可能性があります |
| 移動方法 | 自力歩行・車椅子・ストレッチャー 30分静止 可・不可 |
| 妊娠 | 無・有 HBSAg 十・一 HCVAb 十・一 |
| 人工肛門 | 無・有 気管切開 無・有 現在状況 外来・入院中 |

PET/CT 検査当日の流れ

◆ご持参していただく物◆

- ① 保険証 (お忘れになられた場合は自費となりますので必ずご持参してください)
- ② 各種医療受給証 (お持ちの方はご持参ください)
- ③ 診察券 (お持ちの方はご持参ください)
- ④ 診察申込書 (初診の方はご記入の上お持ちいただければ手続きの短縮になります)
- ⑤ 診療情報提供書 (主治医の先生よりいただく場合があります)
- ⑥ 問診書 (ご記入の上お持ちください)
- ⑦ 同意書 (ご記入の上お持ちください)
- ⑧ 検査費用 (クレジットカード (VISA・マスター) ご使用できます)

◆検査費用は下記の通り◆

- ・ 保険適用 (3割負担) の場合: 約 30,000 円
- ・ // (1割負担) の場合: 約 10,000 円
- ・ 自費診療 の場合: 約 100,000 円

◆当日の流れ◆

- ① 茅ヶ崎中央病院 (本館) 総合受付へ来院
- ② 受付手続き
- ③ 身長・体重・血圧測定及び問診
- ④ 診察 (検査説明等)
- ⑤ PET/CT 検査室へ移動後、お着替え
- ⑥ FDG 注射
- ⑦ 待機 (1 時間安静)
- ⑧ 撮影 (撮影時間 10 分)
- ⑨ 回復 (50 分間待機)
- ⑩ 撮影 (FDG の廻りによってはもう一度撮影します)
- ⑪ お会計 (特定健診の方は事前にお支払いをしておりますのでございません)

※①～⑪まで約 3 時間かかります※

※当院ホームページにも検査の流れについて説明があります。そちらも合わせてご覧下さい

◆PET-CT 検査終了後について◆

- ・ 検査のために放射線を出すお薬を注射します。検査終了後もごく微量な放射線が放出されています
 - ・ 減衰しながら約 12 時間、弱い放射線を出しますが、検査を受けられた本人にも害を与える量ではありません。
 - ・ 念のため検査当日は小学生以下、妊婦にはあまり近い距離で接するのは出来る限り控えてください
- ※約 2 メートルほどの距離をあけていただければ、影響はなくなります。



医療法人社団 康心会

茅ヶ崎中央病院

CHIGASAKI CHUO HOSPITAL

〒253-0041

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎 2-2-3

お問い合わせ先: 茅ヶ崎中央 地域連携室

TEL : 0467-86-6530 (代表)

FAX : 0467-87-5119

営業時間 : 8:30~17:00



PET/CT 検査に関する説明書

1. PET 検査の安全性と被ばく線量について

当施設で使用する FDG (F¹⁸ で標識されたグルコース製剤) は 日本核医学会、日本アイソトープ協会その他関連三団体が定めるガイドラインに準拠し、日本メジフィジックス社にて精製し、数種の品質試験に合格した製剤を使用しています。この製剤によるアレルギーなど副作用の報告はほとんどありません。PET/CT 検査の被ばく線量は、全部合わせて 10mSv~15mSv になりますが、この被ばく線量による放射線障害は報告されていません。

2. PET 検査の有用性と限界

PET 検査は、癌検診、腫瘍の良悪性の区別、癌の進行度、再発、治療効果判定の診断などに有用であることが知られており、検査自体は一度にほぼ全身を対象にできます。ただし、PET 検査は万能ではありません。生理的集積(脳・心臓・尿路系(腎臓や膀胱など)・消化管(胃や大腸など)等により、これらの臓器もしくは近傍の異常は、PET だけでは診断困難になる場合があります。また、小さい癌や FDG が集まりにくい癌(肝細胞癌、ある種の癌)では、悪性病変があっても、PET 上診断できないことがあります。また、良性病変、炎症性、ある種の生理的変化にも FDG が集積することがあり、そのため悪性病変がなくても、悪性病変の疑いと診断される可能性があります。また、**糖尿病や検査当日の血糖値が 200mg/dl を超える場合、不鮮明な画像となります。** PET 検査は癌診断の精度を高めてはおりますが、癌がまったくないという保証を与えるものではありません。

3. プライバシーの保護

当施設職員は守秘義務を厳守いたします。なお、別紙で同意得た場合に限り PET 検査の結果を医学会、学術雑誌に発表することがございますが、その際、氏名などのプライバシーは一切公表いたしません。

4. PET 検査の精度向上のため

PET 検査の精度を向上させるため、精密検査を受診された医療機関に検査結果を問い合わせる場合があります。また、受診された方に郵送、もしくは電話で問い合わせる場合があります

5. 検査の注意事項について

- ① 運動によって筋肉に FDG が集まる場合があります。筋肉が使われるようなトレーニング や 激しい運動は、検査前日よりお控えください。
- ② 検査時間 5 時間前から絶食してください。(サルコイドーシス診断の場合は 12 時間前)
- ③ お水やお茶は飲んでもかまいませんが、糖分を含んだジュース類は飲まないでください。
- ④ 下記のお薬については、服用を制限させていただきます。
 - ・ 下剤、緩下剤は検査前日より服用しないでください。
 - ・ 血糖降下薬、インスリン注射は、食事が制限されるため検査当日は使用しないでください
 - ・ 降圧薬服用の方は、検査当日必ず服用して来院して下さい。
- ⑤ 化学療法中もしくは化学療法終了後 2 週間以内の場合は不鮮明になることがあります。
- ⑥ 予約時間までに茅ヶ崎中央病院 (本館) 総合受付までお越しください
- ⑦ 予約時間に遅れた場合、当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい
- ⑧ 予統計やネックレス、指輪等の貴金属類及び貴重品は外して頂きます。



医療法人社団 康心会
茅ヶ崎中央病院
CHIGASAKI CHUO HOSPITAL
〒253-0041
神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎 2-2-3

お問い合わせ先:茅ヶ崎中央 地域連携室

TEL : 0467-86-6530 (代表)

FAX : 0467-87-5119

営業時間 : 8:30~17:00



茅ヶ崎中央病院 御中

同意書

○受診の同意について、お尋ねいたします

検査の注意事項をご理解いただき、検査を受けることに同意します。また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを承します。

令和____年____月____日

署名_____

(受診者ご本人の自筆にて署名をお願いいたします)

○個人情報保護に対する同意事項について、お尋ねいたします

以上の内容（説明事項）をご理解いただき、また下記の内容について同意の有無をお尋ねいたします。【下記の事項に同意をなされない場合でも、他の受診者の方と比較し、今回の検査については、なんら不利益を受けるものではありません。】

| | |
|---|---------------------------------------|
| <p>検査結果を医学会や医学雑誌に発表させていただいてもよろしいでしょうか？ なお、発表の際にはお名前など個人情報は一切公表いたしません。</p> | <p><input type="checkbox"/> 同意します</p> |
|---|---------------------------------------|

※医療法に基づく保護義務のある情報（ご受診頂く検査から得られる情報と、このときお持ちいただく診療情報提供書・問診票などの情報）に関しましては、患者様のご意向（同意）に関わらず、当院のデータベースに登録し厳重な管理を行い保存させていただきます。

ID :

診 察 申 込 書

令和 年 月 日 受付

| | | | |
|---|-------------------------------|-------|-------------|
| フリガナ | | 性 別 | ※続 柄 |
| お名前 | | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳) | | |
| ご住所 | 〒 - | | |
| 電 話 | 自宅電話番号() - | | |
| | 携帯電話 () - | | |
| かかりつけの病院・医院はございますか | | | |
| _____ | | | 病 院 ・ 医 院 |
| 本日は紹介状をお持ちですか？ | | | |
| | | | は い ・ い い え |
| 当院・当グループを受診されたことはございますか | | | |
| | | | は い ・ い い え |
| 病院・クリニック名 _____ | | | |
| 同 意 書 | | | |
| 平成17年4月より施行される「個人情報保護法」において下記の項目につき、ご理解をいただき、同意していただきますようお願い申し上げます。 | | | |
| 当院では、患者様のお呼び出しする際、個人名にてお呼びさせていただきます。 | | | |
| ※「個人情報の利用目的」について院内の掲示をお読みください | | | |
| 署 名 | | | |

* 「続柄」には、被保険者との続柄を記入してください