

1 検査のご依頼にあたって (ご依頼元医療機関用)

FDG-PET/CT 検査のご依頼にあたって

◆検査をご依頼いただく前に

* 当センターでお引き受けできる保険適用の検査は、悪性腫瘍と大型血管炎です。

以下の保険適用要件を満たすことをご確認ください。

① 悪性腫瘍(早期胃がんを除く)

他の検査や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場合

② 大型血管炎(高安動脈炎または巨細胞性動脈炎)

すでに大型血管炎と診断のついている患者の、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない場合

* ご予約前に、亀田メディカルセンターの受診歴があるかどうかをご確認ください。

◆検査ご予約の流れ

* 亀田クリニック PET-CT センター受付で、医療機関からの電話予約を承ります。(直通電話：04-7099-2310)

* 電話予約時にお伝えする検査日時を、**2** 検査依頼書 と **3** 検査説明書：1/2 枚目 (患者様用) にご記入ください。

* 検査説明書に沿って患者様に説明し、同意を得た上で、担当医師および患者様の署名をお願いいたします。

* 診療情報提供書は、必要事項をご記載いただき、事前に当センターへ FAX し(直通 FAX：04-7099-1252)、コピーを貴院で保管の上、原本は検査当日に患者様がご持参ください。

◆患者様へ必ずお伝えいただきたい事項

* 検査当日は、予約時間の 30 分前までに、PET-CT センター受付へ、直接お越し下さるようご案内をお願いいたします。

* 検査当日は、亀田メディカルセンター診察券(お持ちの場合)、健康保険証、**2** 検査依頼書、**5** 問診票 (患者様用)

6 同意書 (患者様用)、画像等の資料を患者様に持参させてください。

* 予約時間の 5 時間前から絶食、糖尿病薬(内服薬・インスリン注射)は使用禁止ですので、必ずご説明ください。

* 患者様の都合による当日キャンセルの場合、予約時間に大幅に遅れて来院され検査ができない場合などは、薬剤の費用を請求させていただきます場合がありますので、ご了承ください。(33,000 円/税込)

* その他の注意事項についても、ご説明をお願いいたします。

◆検査結果のご報告について

* 放射線診断専門医による画像診断のうえ、読影レポートと画像データを後日郵送致します。

◆連絡先

* 亀田クリニック PET-CT センター

受付時間：月曜～金曜(祝日を除く)、8:00～17:00

直通電話：04-7099-2310

直通 FAX：04-7099-1252

2 検査依頼書

医療法人鉄蕉会 亀田クリニック PET-CT センター宛

〒296-0041 千葉県鴨川市東町 1,344 FAX 04-7099-1252 TEL 04-7099-2310

※本書は、事前に当センターへ FAX し、コピーを貴院で保管の上、原本は検査当日に患者様をご持参ください。



FDG-PET/CT 検査依頼書 (兼 診療情報提供書)

紹介元医療機関名：

診療科：

担当医師：

検査予約日時	年	月	日	時	分
フリガナ				生年月日	
患者様氏名	(男・女)			年	月 日
患者様連絡先	住所：				
	電話番号(できれば携帯電話)：				
病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍：病名()、病理診断(あり・なし)				
	<input type="checkbox"/> 大型血管炎：病名()、病理診断(あり・なし)				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発・転移診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> その他() ※良悪性鑑別目的は保険適用外です。				
施行した検査	CT ・ MRI ・ US ・ その他()				

臨床経過・撮像目的・既往歴などを、以下に記載する。

別紙に診療情報提供書として添付する。

<確認事項>

病名	<input type="checkbox"/> 告知済	<input type="checkbox"/> 未告知
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(インスリン・内服)
約 30 分の静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可(検査できません)
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
授乳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	

検査予約日時

患者様氏名： _____ 様

検査予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

※上記予約時間の 30 分前までに、亀田クリニック PET-CT センター受付へ、直接お越しください。

FDG-PET/CT 検査の注意事項

◆検査前の注意事項

* 予約時間の 5 時間前からは食事ができません。

軽食、菓子(飴・ガム等)、甘い飲み物(スポーツドリンク・コーヒー等)も不可です。

糖分を含まない水・お茶は、飲んで構いません。

* 糖尿病薬(内服薬・インスリン注射)は、予約時間の 5 時間前からは使用しないでください。

※ 飲食の制限が守られない場合、検査前にインスリン注射をした場合、血糖値が 200mg/dl 以上の場合は、検査の質が著しく低下するため、検査時間の変更(待ち時間の延長)や検査日の変更を要します。ご了承ください。

* 検査前日～当日は、激しい運動・労働(重い荷物を持つなど)は控えてください。

* 妊娠中・授乳中の方、閉所恐怖症の方は、担当医師と相談してください。

授乳中の方は注射後 24 時間は授乳を控えていただきます。

◆検査当日に必要なもの

* 亀田メディカルセンター診察券(お持ちの場合)

* 健康保険証

* **2** 検査依頼書

* **5** 問診票 (患者様用)

* **6** 同意書 (患者様用)

* 担当医師より渡された資料

◆検査時の注意事項

* 金属類は検査の妨げになりますので、検査前に外していただきます。

(ウィッグ、ヘアピン、ピアス・イヤリング、補聴器、入れ歯、金属の入った下着類など)

◆その他

* 円滑な検査のため万全を期しておりますが、薬剤合成・検査機器のトラブルなどの不測の事態では、やむを得ず検査を中止させていただきます場合がありますのでご了承ください。

* 妊娠中の方、小さなお子さま連れでのご来院は、できるだけご遠慮ください。

FDG-PET/CT 検査の概要

◆FDG-PET/CT 検査とは

* ブドウ糖に類似した放射性薬剤(18F-フルオロデオキシグルコース)を静脈注射したうえで、がん細胞など糖代謝の活発な細胞を画像化する PET(陽電子断層撮影)検査と、CT 検査を一度に行います。

◆副作用について

- * 生命に関わる重大な副作用の報告はありません。
- * 稀ですが、以下の副作用の可能性があります。(フルデオキシグルコース(18F)静注「FRI」添付文書より)
 - ・1~2%未満：尿蛋白陽性、尿潜血陽性、尿糖陽性
 - ・0.1~1%未満：好中球百分率増加、リンパ球百分率減少、血中尿素窒素増加、血中ビリルビン増加
そう痒感、蕁麻疹、嘔気、嘔吐、血圧上昇、血圧低下、気分不良、発熱
血中カリウム増加、血中カリウム減少、血中アルブミン減少
 - ・頻度不明：発疹、紅斑、発赤

◆検査の被ばくについて

* 放射線被ばく量は、約 8mSv(ミリシーベルト)です。身体への影響はごく小さく、検査の有益性が上回ると考えられます。

FDG-PET/CT 検査の流れ

◆全体で約 3 時間の予定ですが、前後する場合がありますので、ご了承ください。

- ①受付：PET-CT センター 1 階にお越しください。
- ②準備：更衣、水分摂取、問診票の確認、身長・体重測定、血糖値測定を行います。
- ③注射：処置室で看護師が薬剤を静脈内に投与します。
- ④安静：約 60 分間、安静にして体内に薬剤が行き渡るのを待ちます。
- ⑤撮影：開始直前に排尿していただき、約 35 分間、撮影台に横になります。撮影中はなるべく動かないください。
- ⑥休養：投与から 2 時間が経過するまで、回復室で休養します。(FDG-PET 検査における安全確保に関するガイドライン【2005 年】)

FDG-PET/CT の検査費用

保険適用検査の自己負担額	
3 割負担の方	21,000 円 ~ 30,000 円
2 割負担の方	14,000 円 ~ 20,000 円
1 割負担の方	7,000 円 ~ 10,000 円

保険適用外検査	
全額自己負担	99,000 円 (税込)

予約の変更・キャンセルについて

- * 予約の変更・キャンセルをご希望の場合は、亀田クリニック PET-CT センター 04-7099-2310 へ電話をお願いいたします。
受付時間は、月曜～金曜(祝日を除く)、8:00～17:00 です。
- * 高価な薬剤を、患者様の予約時間に合わせて製造しています。
患者様の都合による当日キャンセルの場合、予約時間に大幅に遅れて来院され検査ができない場合などは、薬剤の費用を請求させていただきます場合がありますので、ご了承ください。(33,000 円/税込)

5 問診票 (患者様用)

FDG-PET/CT 検査問診票

1. 血糖が高いまたは糖尿病と言われたことがありますか？ **はい ・ いいえ**

【はい】とお答えの方は、治療内容をご記載ください。

食事療法 ・ 内服薬 ・ インスリン注射 ・ その他() ・ 治療していない

2. 2か月以内にワクチン接種を行いましたか？ **はい ・ いいえ**

【はい】とお答えの方は、可能な範囲でご記載ください。

いつ頃() ・ 接種部位(右腕 ・ 左腕)

種類 (新型コロナワクチン ・ インフルエンザワクチン ・ その他：)

3. 閉所恐怖症ですか？ **はい ・ いいえ**

【はい】とお答えの方は、担当医師へのご相談はお済みですか？ **はい ・ いいえ**

4. 現在ペースメーカーを使用していますか？ **はい ・ いいえ**

5. 手術、放射線治療、化学療法(抗がん剤)を受けたことがあればご記入ください。

病名	時期	治療
	歳頃	手術 ・ 放射線治療 ・ 化学療法 ()
	歳頃	手術 ・ 放射線治療 ・ 化学療法 ()
	歳頃	手術 ・ 放射線治療 ・ 化学療法 ()

----- 以下は女性の方にお伺いします。 -----

FDG-PET/CT 検査では、月経周期に関連して、正常の子宮・卵巣にも薬剤が集積するため、可能な範囲でお答えください。

6. 定期的に月経はありますか？ **はい ・ いいえ**

【はい】とお答えの方にお伺いします。

最終月経	()年 ()月 ()日
月経周期	ほぼ順調 ・ 不順

【いいえ】とお答えの方にお伺いします。

閉経	()歳
妊娠中(可能性も含む)	はい ・ いいえ
授乳中	はい ・ いいえ

7. 不正性器出血はありますか？ **はい ・ いいえ**

----- 問診票は以上です。 -----

以下は、検査時に当センター職員が記入します。

身長		cm	血糖値		mg/dl
体重		kg	投与量		MBq
血圧		mmHg	安静室		

最終摂食時間

FDG-PET/CT 検査同意書

1. 検査の目的について
2. 副作用について
3. 注意事項について
4. 当日キャンセル時の費用請求について

(患者様の都合による当日キャンセルの場合、予約時間に大幅に遅れて来院され検査ができない場合など)

私は、担当医師 _____ (自署) から上記説明を受け、

検査説明書を読んだ上で、診断のために必要であると理解し、FDG-PET/CT 検査を受けることに同意します。

亀田クリニック院長 宛

20 年 月 日 時 分

患者様ご本人署名 _____

(ご本人が署名できない場合や未成年の場合には、ご親族などの代理人が署名してください。)

代理人署名 _____

患者様との続柄()

※ 検査同意書に署名した後でも、同意を撤回することができますので、事前にご連絡をお願いいたします。

※ 検査当日は本書をご持参ください。

7 施設案内 (患者様用)

PET-CT センター施設案内

駐車場は PET-CT センター前に 5 台分ございます。

PET-CT センター受付にてお渡しする「駐車許可証」をダッシュボードに掲示してください(当日のみ有効)。

満車の場合は立体駐車場に駐車していただきますので、ご了承ください。

◆施設案内図

