

# PET/CT検査を受けられる方へ

(受診者控)

※ 検査の円滑な進行のため、身長・体重欄の記入をお願いします。お申込日 平成 年 月 日

フリガナ		医療機関	
患者氏名	男・女	診療科	
M・T・S・H	年 月 日生 歳	主治医	
身長	cm	体重	kg
電話	( )	-	
FAX	( )	-	
来院日時	平成 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分	

## 〈受診上の注意事項〉

- ◆患者様専用の薬をご用意していますので上記来院時間に遅れないようにお越しください。
  - ▼もし、遅れそうな場合はお手数ですが連絡いただきますようお願いいたします。
- ◆検査前日から当日まで力仕事や運動はお控えください。
  - ▼ガムを噛むことも顔面の筋肉運動になりますのでお控えください。
- ◆来院指定時刻の前、最低4時間（造影剤を用いる場合は5時間）は絶食でお越しください。
  - ▼糖分を含まない水分（水・白湯・茶など）は検査直前までお取りいただきかまいません。
  - ▼糖尿病薬以外の常用薬は服用していただいて結構です。
- ◆検査着に着替えていただきますのでなるべく着替えやすい服装でお越しください。
  - ▼ヘアピン、エレキバン等も、なるべく外してお越しください。
  - ▼オムツ、ラパック類をご使用の方は新しい替えをご持参ください。

## 〈当日お持ちいただくもの〉

<input type="checkbox"/> PET - CT検査依頼書（原本）	<input type="checkbox"/> 保険証
▼当日は、保険証と依頼書原本を必ずご持参してください。	
<input type="checkbox"/> 紹介先からの画像データ（ある方のみ）	<input type="checkbox"/> 造影PET/CT問診票（必要な場合のみ原本で）
<input type="checkbox"/> 受診費用（保険適用の場合、3割負担で3万円前後）	

〒553-0003  
 大阪市福島区福島二丁目1-2  
 電話番号：06-6451-6100(代)  
 FAX：06-6451-1234  
 予約専用番号：0120-489-401

予約受付時間 月～金 9:00～19:00  
 土 9:00～17:00  
 診療時間 月～土 8:30～17:00

・駐車場はありませんので公共交通機関をご利用ください。

Nakanoshima Clinic  
**中之島クリニック**



# PET/CT検査依頼書(情報提供書)

(NC控)

※ご記入後、06-6451-1234までFAXして下さい。

お申込日 平成 年 月 日

フリガナ				医療機関
患者氏名	男・女			診療科
M・T・S・H	年 月 日生	歳		主治医
身長	cm	体重	kg	電話 ( ) -
				FAX ( ) -
来院日時	平成 年 月 日 ( )	午前・午後	時 分	
所見	平成 年 月 日 ( )までに必要	Film	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (CD-Rは添付いたします)	
検査部位	<input type="checkbox"/> 全身 (頭部~大腿上部) <input type="checkbox"/> 乳房PET (PET-CT検査必須) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
依頼内容	通常全身の場合は眼窩~大腿基部までとなります。(その他の部位の撮影の場合などは別途ご記入下さい。)			追加指示
傷病名 (診断名)	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 膵がん (疑いで腫瘍形成性膵炎との鑑別も含む) <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 胆管がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 胃がん (早期胃がんを除く) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 甲状腺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 皮膚がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> その他 ( )			
検査目的	<input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療前診断			
<b>【既往歴・手術歴・現病歴等】</b> ※当クリニックでのPET-CT検査歴がある場合は、その後の画像検査、経過等 ※画像をお持ちの場合、当日、CD-R、Film等の持参をお願いします。				
施行した直近の画像検査等と実施日	現病歴と治療歴			
<input type="checkbox"/> CT ( / ) <input type="checkbox"/> MRI ( / ) <input type="checkbox"/> エコー ( / ) <input type="checkbox"/> ファイバー等 ( / ) <input type="checkbox"/> その他				
※CT・MRI検査等の画像検査が施行されている場合に保険適応になります。				
検査前確認事項 (該当する箇所必ず○をご記入ください)				
糖尿病	無 ・ 有	入院区分	外来・入院 (病棟 )	
感染症	無 ・ 有 ( )	独歩	可 ・ 不可 (車いす・ストレッチャー)	
ペースメーカー	無 ・ 有	ベッド移動	介助不要 ・ 要介助	
腎機能障害	無 ・ 有 (透析 無 ・ 有 )	排尿	介助不要 ・ 要介助	
持続点滴	無 ・ 有* ( )	酸素	無 ・ 有	
バリウム検査	無 ・ 有** ( 月 日)	告知	無 ・ 有	
* 持続点滴をされている患者様は検査時間の4時間前から生理食塩水に交換して下さい。 ** 1週間以内に胃透視、注腸検査をされている患者様は腹部にバリウムが残存している可能性があります。 正確な結果が出ない場合がありますので、なるべく1週間以上空けてお申込み下さい。				
その他留意点等				

※患者様の状態により医療従事者またはご家族の同伴をお願いすることがございます。

# PET/CT検査依頼書(情報提供書)

(依頼先控)

※ご記入後、06-6451-1234までFAXして下さい。

お申込日 平成 年 月 日

フリガナ				医療機関	
患者氏名	男・女			診療科	
M・T・S・H	年	月	日生	主治医	
身長	cm	体重	kg	電話 ( ) -	
				FAX ( ) -	
来院日時	平成	年	月	日 ( ) 午前・午後	時 分
所見	平成	年	月	日 ( ) までに必要	Film <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (CD-Rは添付いたします)
検査部位	<input type="checkbox"/> 全身 (頭部~大腿上部) <input type="checkbox"/> 乳房PET (PET-CT検査必須) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
依頼内容	通常全身の場合は眼窩~大腿基部までとなります。(その他の部位の撮影の場合などは別途ご記入下さい。)			追加指示	
傷病名 (診断名)	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 膵がん (疑いで腫瘍形成性膵炎との鑑別も含む) <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 胆管がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 胃がん (早期胃がんを除く) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 甲状腺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 皮膚がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> その他 ( )				
検査目的	<input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療前診断				
<b>【既往歴・手術歴・現病歴等】</b> ※当クリニックでのPET-CT検査歴がある場合は、その後の画像検査、経過等 ※画像をお持ちの場合、当日、CD-R、Film等の持参をお願いします。					
施行した直近の画像検査等と実施日	現病歴と治療歴				
<input type="checkbox"/> CT ( / ) <input type="checkbox"/> MRI ( / ) <input type="checkbox"/> エコー ( / ) <input type="checkbox"/> ファイバー等 ( / ) <input type="checkbox"/> その他					
※CT・MRI検査等の画像検査が施行されている場合に保険適応になります。					
検査前確認事項 (該当する箇所必ず○をご記入ください)					
糖尿病	無 ・ 有	入院区分	外来・入院 (病棟 )		
感染症	無 ・ 有 ( )	独歩	可 ・ 不可 (車いす・ストレッチャー)		
ペースメーカー	無 ・ 有	ベッド移動	介助不要 ・ 要介助		
腎機能障害	無 ・ 有 (透析 無 ・ 有 )	排尿	介助不要 ・ 要介助		
持続点滴	無 ・ 有* ( )	酸素	無 ・ 有		
バリウム検査	無 ・ 有** ( 月 日)	告知	無 ・ 有		
* 持続点滴をされている患者様は検査時間の4時間前から生理食塩水に交換して下さい。 ** 1週間以内に胃透視、注腸検査をされている患者様は腹部にバリウムが残存している可能性があります。 正確な結果が出ない場合がありますので、なるべく1週間以上空けてお申込み下さい。					
その他留意点等					

※患者様の状態により医療従事者またはご家族の同伴をお願いすることがございます。

# PET/CT検査に関する説明書（必ずお読みください）

## ◆ポジトロン放射断層撮影（PET/CT）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って体内の糖代謝能を調べる検査です。

当院で使用する[F-18]FDGは、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、院内で当日製造し品質検査に合格したものです。この薬剤による副作用の心配はまずありません。PET-CT検査1回の被曝量は胃透視の約2～3回分です。この線量で放射線障害がおきることはありません。（ただし、妊娠中・授乳中の方は原則として検査をお受けいただけませんのでお申し出ください。）

## ◆PET/CT検査の流れ（検査時間は問診を入れて2～3時間かかります）

- 1.身体計測（体重によって薬剤の量を決めます）
- 2.問診（既往歴、手術歴をうかがいます）
- 3.注射（FDGを投与します）、血糖測定
- 4.安静時間（45分間リクライニングソファーにてお休みいただきます）
- 5.排尿（膀胱内を空にして撮影に入ります）
- 6.撮影（約20～30分間）
- 7.回復時間（40～50分間）必要時、追加撮影を行います
- 8.排尿後、帰宅していただきます

## ◆糖尿病の場合の注意

検査への影響:検査に使用する薬(FDG)は、ブドウ糖に類似した薬剤であるため、血糖値など体の中の糖分の状態によって影響を受けることがあります。糖尿病などで血糖値の高い状態でFDG/PETを施行すると、病変が検出できにくくなることがあると言われます。

▼当日の糖尿病薬の内服やインシュリン注射は、主治医の指示にしたがってください。

検査についてご不明な点はコールセンター（0120-489-401：9時～17時）までお問い合わせください。