

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 年 月 日

フリガナ				医療機関名
患者氏名	男・女			診療科
T・S・H	年 月 日生	歳		主治医
身長	cm	体重	kg	電話 () -
				FAX () -
来院日時	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いてもかまいません。

▼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〉

PET-CT検査依頼書(原本)

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。

紹介先からの画像データ(ある方のみ)

造影PET/CT問診票(必要な場合のみ原本で)

受診費用 (保険適用の場合、3割負担で3万円前後)

Nakanoshima Clinic
中之島クリニック

〒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



PET/CT検査依頼書 (情報提供書)

(中之島クリニック控)

※ご記入後、06-6451-1234までFAXしてください。

この控は受診者様ご持参用です。

お申込日 年 月 日

フリガナ				医療機関名
患者氏名	男・女			診療科
T・S・H	年 月 日生	歳		主治医
身長	cm	体重	kg	電話 () - FAX () -
来院日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分	
所見	年 月 日 ()	までに必要	Film	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (CD-Rは添付致します)
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	通常全身の場合は頭頂～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ください。)		追加指示	<input type="checkbox"/> 造影
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"/> 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"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	悪性腫瘍確定診断日 (年 月 日)			
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"/> その他(自費・) <small>※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。</small>			
施行した直近の画像検査等と実施日	現病歴と治療歴			
※過去画像があればお願いします <input type="checkbox"/> CT (/) <input type="checkbox"/> MRI (/) <input type="checkbox"/> エコー (/) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (/) <input type="checkbox"/> その他(内視鏡・生検・細胞診)				該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病あり 血糖値: <input type="checkbox"/> 感染症あり 種類: <input type="checkbox"/> 腎機能障害あり <input type="checkbox"/> 透析あり
検査前確認事項(該当する箇所には必ず <input checked="" type="checkbox"/> または○をご記入ください)				
<input type="checkbox"/> ①今回のPET-CT検査には医療被ばくが伴うことを説明した <input type="checkbox"/> ②診療に当たって必要な検査であり、今後の診療において医療被ばくのリスクを上回るベネフィットがあることを説明した <input type="checkbox"/> ③中之島クリニックでの検査は、診断に適した線量基準(DRL)を満たしており、安全性が確保されていることを説明した				
ペースメーカー	無 ・ 有	バリウム検査	無 ・ 有** (月 日)	
酸素	無 ・ 有	独歩	可 ・ 不可(車いす・ストレッチャー)	
告知	無 ・ 有	ベッド移動	介助不要 ・ 介助要	
持続点滴	無 ・ 有*()	排尿	介助不要 ・ 介助要	
* 持続点滴をされている患者様は検査時間の5時間前から生理食塩水に交換してください。 ** 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を残留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ください。				
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)

(依頼元控)

※ご記入後、06-6451-1234までFAXしてください。

お申込日 年 月 日

フリガナ				医療機関名
患者氏名	男・女			診療科
T・S・H	年 月 日生	歳		主治医
身長	cm	体重	kg	電話 () - FAX () -
来院日時	年 月 日 ()	午前・午後		時 分
所見	年 月 日 () までに必要	Film	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (CD-Rは添付致します)	
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ください。)		追加指示	<input type="checkbox"/> 造影
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"/> 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"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	悪性腫瘍確定診断日 (年 月 日)			
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"/> その他(自費・) <small>※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。</small>			
施行した直近の画像検査等と実施日	現病歴と治療歴			
※過去画像があればお願いします <input type="checkbox"/> CT (/) <input type="checkbox"/> MRI (/) <input type="checkbox"/> エコー (/) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (/) <input type="checkbox"/> その他(内視鏡・生検・細胞診)				該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病あり 血糖値: <input type="checkbox"/> 感染症あり 種類: <input type="checkbox"/> 腎機能障害あり <input type="checkbox"/> 透析あり
検査前確認事項(該当する箇所には必ず <input checked="" type="checkbox"/> または <input type="checkbox"/> をご記入ください)				
<input type="checkbox"/> ① 今回のPET-CT検査には医療被ばくが伴うことを説明した <input type="checkbox"/> ② 診療に当たって必要な検査であり、今後の診療において医療被ばくのリスクを上回るベネフィットがあることを説明した <input type="checkbox"/> ③ 中之島クリニックでの検査は、診断に適した線量基準(DRL)を満たしており、安全性が確保されていることを説明した				
ペースメーカー	無 ・ 有	バリウム検査	無 ・ 有**(月 日)	
酸素	無 ・ 有	独歩	可 ・ 不可(車いす・ストレッチャー)	
告知	無 ・ 有	ベッド移動	介助不要 ・ 介助要	
持続点滴	無 ・ 有*()	排尿	介助不要 ・ 介助要	
* 持続点滴をされている患者様は検査時間の5時間前から生理食塩水に交換してください。 ** 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を残留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ください。				
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[18h]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。血糖値が200mg/dL以上となるような高血糖では、病変が見つかりにくくなりますが、検査の実施を優先する場合もございます。

【検査前の注意事項】

来院指定日時の前、最低5時間は絶食し、血糖降下剤やインスリン注射もお控えください。血糖値が高くなることを心配して、検査前にインスリンを打ったり、血糖降下剤を服用すると体内のFDGの取り込み状況が変化して、検査結果に影響が出ます。従って、無理に血糖値を下げることは好ましくありませんので、ご注意ください。

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。