

PET/CT 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	<input type="checkbox"/> 保険適用 <input type="checkbox"/> 自費		
	氏名	男・女				被保険者証		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月		日	才	保険者番号 記号・番号 資格取得日 世帯主 保険者名
医療機関情報	医療機関名					老人(高齢)受給者番証		
	診療科					公費負担番号		
	医師名					受給者番号		
TEL () - FAX () -						有効期間		
予約日	第1希望	月	日	身長		公費負担医療受給		
	9時30分・12時30分・14時30分			cm		公費負担番号		
第2希望	月	日	体重	受給者番号				
9時30分・12時30分・14時30分			kg	有効期間				

病名	PET/CT 検査受診歴			
	無	有	年	月
			当院	他院()
検査目的		病期診断	再発診断	転移検索
患者病識 (告知の有無等)	画像診断検査 CT MRI RI US その他() 当日フィルム持参			

臨床経過など 画像所見、手術歴ご記入願います。 (臨床経過、血液データについては、貴院書式を添付いただいても結構です)	腫瘍マーカー・その他 (血液データ、当日持参願います)			
	検査日	/	/	/
	CEA			
	CA19-9			
	CA125			
	AFP			
	SCC			
血糖値				

検査前確認事項 (該当する箇所には○印をして下さい)			現在の処方	
現在の状態	外来	入院中		
糖尿病	無	有		
糖尿病治療の有無	無	有 (内服・注射)		
移動方法	歩行	車椅子 ストレッチャー		
患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります				
感染症	無	有 ()		
他に検査時に必要な処置・留意点など				

検査のご案内

【検査名】 FDG-PET 検査

説明・注意事項

- ・この検査は検査薬の注射をして、約1時間後に撮影を行う検査です。

(別紙参照)

- ・検査の予約時間6時間前より食事は取らないで下さい。(お水・お茶はOK)

ジュース、スポーツ飲料、コーヒーなど糖類を含む飲み物はダメです。

ガム、のど飴などもダメです。

インスリンを使用されている方は、検査4時間前より使用しないで下さい。

内服薬は原則中止して下さい。(不明な点は主治医に相談して下さい)

点滴に糖類を含む場合は検査6時間前より中止して下さい。

※食事等の制限をお守り頂けない場合は、検査を中止する場合がございます。

- ・空腹時の血糖値は150mg/dl以下が望ましいです。
- ・検査前日および当日の飲酒、過度の運動は控えて下さい。
(診断の妨げになる場合があります)
- ・この検査後、乳幼児との接する際、授乳は24時間、だっこ等密着する行為は12時間、なるべく控えて下さい。

※使用する検査薬は大変高価です。検査を中止した場合はキャンセル料をいただく場合があります。

◎検査への問い合わせ及び予約の変更は放射線科へご連絡下さい。

※キャンセルする場合は前日夕方(16:30)までに連絡下さい。

0852-24-2111 (代表) → 放射線科 (RI 検査室)

【FDG-PET 検査に関する説明】

① FDG-PET(ポジトロン放射断層撮影)検査について

この検査は、放射性同位元素で標識されたフルオロデオキシグルコース(FDG)というブドウ糖に類似した薬剤を注射した後に撮像を行い、体内の糖代謝能をみることにより、病態を診断する検査です。

②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。検査薬を注射する際、血管外に検査薬が漏れて注射部位が腫れたり、痛みを生じたりすることがあり、まれに処置が必要となる場合があります。

*妊娠の可能性のある方、現在授乳中の方は担当者にご相談ください。

③FDG-PET 検査を受けるにあたり次の点をご理解下さい。

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。炎症や甲状腺腫、大腸線腫などの良性疾患にも集積します。また、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。そして、がんの中にも肝細胞がんや一部の肺がん、胃がんのように正常組織に似たがんは、正常部の集積が妨げになって診断できないことがあります。

この検査で異常所見がみられた場合、さらに MRI や内視鏡などが必要となる場合があります。

④血糖値、その他の注意

- ・ この検査は、血糖値が上がると疾患部への集積が低下します。血糖値が 130mg/dl 以上から低下し、200mg/dl 以上では、診断に支障をきたします。検査を行う上では、150mg/dl 以下が望ましいと考えます。検査前に簡便な方法で血糖値の測定を行います。
- ・ インスリンを使用されている方は、検査開始 4 時間前より使用しないで下さい。
- ・ 内服薬は原則中止して下さい。(不明な点は主治医に相談して下さい)
- ・ 消化器系造影剤を使用した場合は、4 日間あけて検査予約をして下さい。
- ・ 検査施行前(当日)のヨード系造影検査は止めて下さい。
- ・ 検査前日や当日に過度の運動をしないようにして下さい。(診断の妨げになる場合があります)
- ・ 全ての検査終了までに約 2 時間程度かかります

⑤食事について(検査前約 6 時間の絶食が必要です。水・お茶は飲まれて構いません)

検査前日…食事は普通に召し上がっていただいて結構ですが、飲酒はしないで下さい。

検査当日…検査の予約時間の 6 時間前から食事は取らないで下さい。

(例：予約が 12:00 ならば 6:00 より、予約が 14:30 ならば 8:30 より食事は取らない)

なお、食事の制限をお守り頂けない場合は、正しい診断ができなくなりますので、ご注意下さい。

※インスリンを使用されている方は、検査開始 4 時間前より使用しないで下さい。

⑥費用について(外来の場合)

保険診療で定められた検査費用は約 3 万円です。保険の自己負担の割合に応じて費用をご負担頂きます。また、保険適応が厳しく限定されているため、検査の内容によっては保険適応外となり自費にて約 9 万円の金額をお支払い頂くことがありますのでご了承下さい。

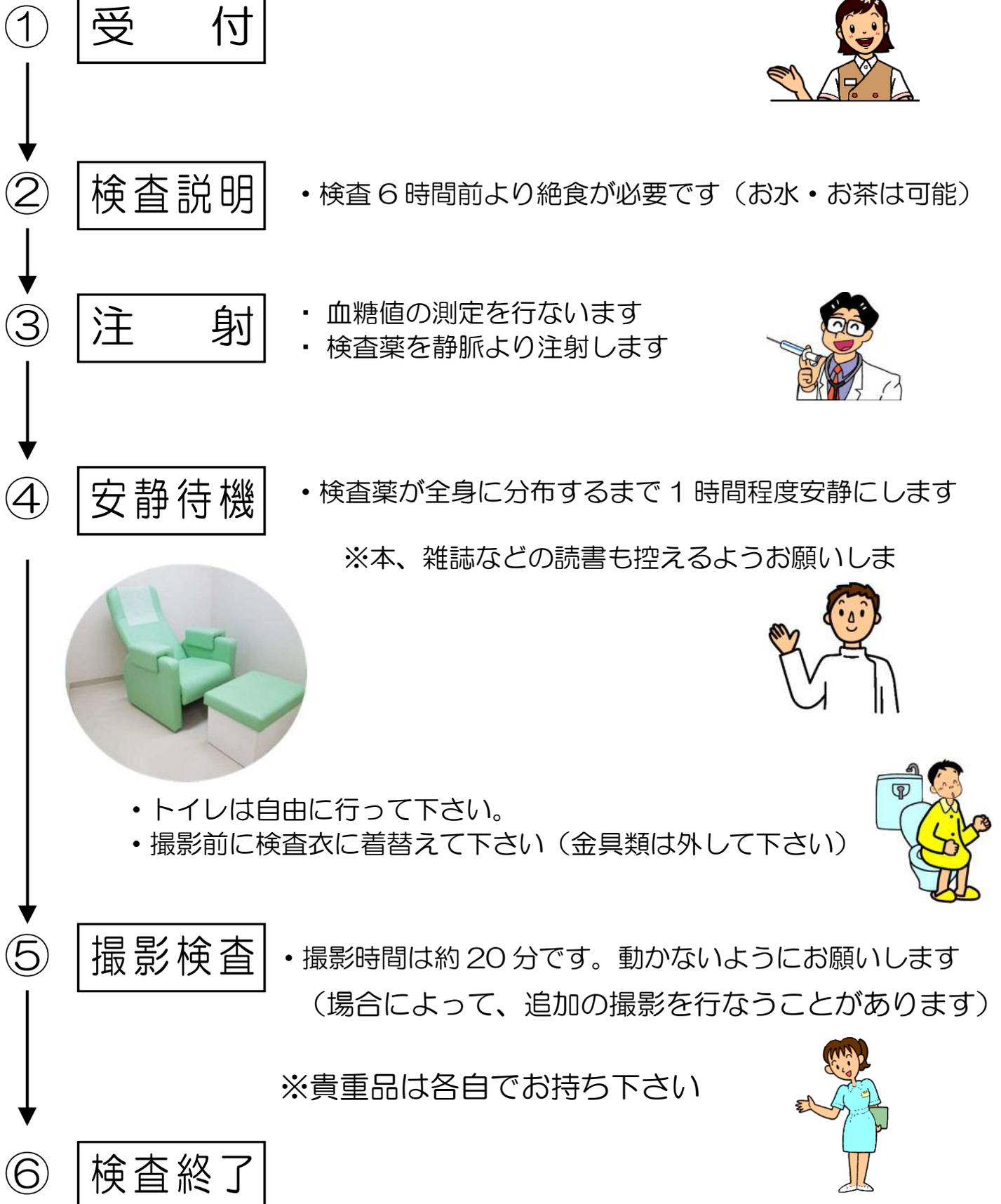
⑦キャンセル(取り消し)、変更について

検査スケジュールに合わせて検査薬を注文しますので、キャンセルのないようお願いいたします。キャンセルや予約の変更が必要な場合には、必ず検査の前日夕方(16:30)までにご連絡ください。

検査を中止した場合はキャンセル料をいただく場合があります。

※検査薬は検査時間前に運搬されます。交通および気象状況により遅滞または延期する場合がありますので予めご了承ください。

FDG-PET 検査の流れ



全ての検査が終了するのに約 2 時間程度かかります

PET/CT 検査 説明書(放射線の影響について)

検査に際し ①内容 ②PET/CT 検査について放射線被ばくに関する当院の取り組み ③同意を撤回する場合 ④被ばくの記録とプライバシー保護 ⑤連絡先 について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら主治医に御相談ください。

① 内容

病気を正しく評価するために放射線を用いた PET/CT 検査が必要です。PET/CT 検査は、放射性同位元素（RI：ラジオアイソトープの略）の注射と CT 撮影をおこなうため、放射線被ばくを伴いますが、放射線被ばくによる健康への影響を考慮しても、PET/CT 検査によって病状を評価することは有益と考えられます。

② PET/CT 検査の放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み

- PET/CT 検査では、1回の被ばく線量が 100 ミリシーベルトを超えることはありません。
- 100 ミリシーベルト以上の被ばくでは、被ばく線量の増加とともに、発がんのリスクは上昇します。しかし、100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、明らかな発がんリスクの上昇は認められていません(確率的影響)。
- 100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、脱毛や皮膚障害など人体への明らかな障害を認める事はありません(確定的影響)。
- お子様の場合は、小児核医学検査適正施行コンセンサスガイドラインに則り、年齢と体格を考慮して大人よりも少ない放射線の量で検査しています。
- 当院の PET/CT 検査での推定被ばく放射線量について(mSv:ミリシーベルト、被ばくを評価する値)

成人	撮影範囲	推定被ばく線量
	頭部～骨盤部	約 10 ～ 15 mSv

- 当院では、公的機関より提示されている指標（診断参考レベル DRLs）等を参考にして、可能な限り少ない放射線量で CT 検査をするように検討を行っています。

③ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は主治医・担当医にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

④ 被ばくの記録とプライバシー保護

法令により、検査による被ばく線量を記録・保存をしますが、秘密は守られます。また、記録を検査の検討や医学研究、学会発表等に使用する場合がありますが、名前や個人を識別する情報が使用されることはありません。

⑤ 連絡先

本検査についてご不明な点がある場合には、説明した医師にご連絡ください。また、検査後に緊急の事態が発生した場合には、診療科に連絡してください。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。

ご不明な点がございましたら主治医までご相談下さい。

PET/CT 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない 口頭もしくは電話で同意を得た
 家族と連絡がとれない その他()
- 令和 年 月 日 担当医師 _____ (自署)
確認者 _____ (自署)

私は、PET/CT 検査について主治医から PET/CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所： 外来、 病棟]

(担当医師) _____ (自署)

(自署)

私は、PET/CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

PET/CT 検査を受けることについて

- 同意します。
なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合にはその措置を受けることについても同意します。
 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所： _____]

松江赤十字病院 院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 _____

(ご家族) 氏名 _____ 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)

PET/CT 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない 口頭もしくは電話で同意を得た
 家族と連絡がとれない その他()
- 令和 年 月 日 担当医師 _____ (自署)
 確認者 _____ (自署)

私は、PET/CT 検査について主治医から PET/CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所： 外来、 病棟]

_____ (担当医師) _____ (自署)
 _____ (自署)

私は、PET/CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

PET/CT 検査を受けることについて

- 同意します。
 なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合にはその措置を受けることについても同意します。
- 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所： _____]

松江赤十字病院 院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 _____

(ご家族) 氏名 _____ 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)