

FAX : 03-5632-3719

※必ず「PET/CT検査申し込み票（診療情報提供書）」を添付してください。
添付が無い場合は、予約ができません。

FAX予約 PET/CT検査申し込み書

- | |
|---|
| ◆受付時間 平日9:00~16:30、土曜9:00~11:30 |
| ◆休診日 日曜・祝日・第2土曜/年未年始(12/29~1/3)/創立記念日(5/15) |

予約する検査 ※いずれか1つにチェックしてください

- FDG PET/CT検査
 アミロイドPET/CT検査

一番早い日程を予約させていただきます。

ご都合の悪い日時、曜日、時間帯などを記載してください

--

予約後、概ね20分以内にFAXにて返送します

<予約通知票>

予約日時	:	年	月	日 ()	時	分
予約診療科	:	予約医師		:		

A

PET/CT検査申し込み票 (診療情報提供書)

検査予約日時: 年 月 日() 午前・午後 時 分

フリガナ 患者氏名: 年齢: 歳 性別: 男・女 生年月日: T・S・H 年 月 日 住所: 電話: 身長: cm 体重: kg	医療施設名: 住所: 電話: 診療科: (内線) 担当医師名: 移動方法: 独歩・車いす 区分: <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他院入院中
---	--

PET受診歴: 初回・当院にて 回 ・ 他院にて 回 ; 当院受診歴ある方はID

検査目的: 病期診断、再発診断、転移検索、頭部アミロイド

※検査目的の詳細 (FDGの場合) ・臨床的には高い蓋然性をもった悪性腫瘍
病理診断を施行したが確定診断が得られなかった。
医学的な理由(生検リスクが高い等)によって病理的診断が困難であった。

臨床診断:

経過、その他

・本検査が必要となった医学的根拠をご記載ください。

病理検査: 施行した病理と結果() ※頭部アミロイドは記入不要

腫瘍マーカー: CEA()、AFP()、CA19-9()、SCC()、
(数値) PIVKA-II()、PSA()、CA125()、その他() ※頭部アミロイドは記入不要

頭部アミロイド: MMSE(点)、CDR() ※FDGは記入不要

通常の撮影部位は、頭部アミロイドは頭部のみ、FDGは頭部～大腿基部です。それ以外の範囲を希望される場合はご記入ください。

撮影希望部位:

手術歴: 無・有(年 月 手術名;)

化学療法: 無・有(年 月 薬品名;)

放射線治療: 無・有(年 月 照射部位;)

現在の妊娠: 無・有・可能性あり⇒被曝を伴うため、妊婦の検査はできません。

糖尿病: 無・有 →有の場合は処方; 無・有()

アレルギー: 無・有 →有の場合は何のアレルギー()

ペースメーカー: 無・有

B

PET/CT検査申し込み票 (診療情報提供書)

検査予約日時: 年 月 日() 午前・午後 時 分

フリガナ 患者氏名: 年齢: 歳 性別: 男・女 生年月日: T・S・H 年 月 日 住所: 電話: 身長: cm 体重: kg	医療施設名: 住所: 電話: 診療科: (内線) 担当医師名: 移動方法: 独歩・車いす 区分: <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他院入院中
---	--

PET受診歴: 初回・当院にて 回 ・ 他院にて 回 ; 当院受診歴ある方はID

検査目的: 病期診断、再発診断、転移検索、頭部アミロイド

※検査目的の詳細 (FDGの場合) ・臨床的には高い蓋然性をもった悪性腫瘍
病理診断を施行したが確定診断が得られなかった。
医学的な理由(生検リスクが高い等)によって病理的診断が困難であった。

臨床診断:

経過、その他

・本検査が必要となった医学的根拠をご記載ください。

病理検査: 施行した病理と結果() ※頭部アミロイドは記入不要

腫瘍マーカー: CEA()、AFP()、CA19-9()、SCC()、
(数値) PIVKA-II()、PSA()、CA125()、その他() ※頭部アミロイドは記入不要頭部アミロイド: MMSE(点)、CDR() ※FDGは記入不要

通常の撮影部位は、頭部アミロイドは頭部のみ、FDGは頭部～大腿基部です。それ以外の範囲を希望される場合はご記入ください。

撮影希望部位:

手術歴: 無・有(年 月 手術名;)

化学療法: 無・有(年 月 薬品名;)

放射線治療: 無・有(年 月 照射部位;)

現在の妊娠: 無・有・可能性あり⇒被曝を伴うため、妊婦の検査はできません。

糖尿病: 無・有 →有の場合は処方; 無・有()

アレルギー: 無・有 →有の場合は何のアレルギー()

ペースメーカー: 無・有

PET/CT検査説明書及び同意書

<医療施設用控え>

PET/CT検査に際し、下記の事項についてご理解頂きたくお願い申し上げます。

検査説明医 _____

PET/CT 検査の注意事項について

- ◆ 検査当日、検査終了までは糖尿病薬の使用はできません。(この件はあらかじめ主治医にご相談ください。)
- ◆ 検査前日と当日の運動は禁止してください。
- ◆ 妊娠中または妊娠の可能性のある方の、検査はできません。
- ◆ 検査終了当日、乳幼児や妊婦との接触はおやめください。
- ◆ 検査後48時間は授乳はしないで下さい。

PET/CT 検査薬の注意事項について

- ◆ この検査はブドウ糖に放射性同位元素をつけた18F-FDGというお薬を静脈注射した後、約1時間安静にしてからPET/CT装置で撮像を行います。即ちブドウ糖の代謝を画像にして病状を診断する検査です。
- ◆ PET/CT検査で使用する18F-FDGは製薬会社で製造されます。この薬剤による副作用の報告はないので副作用を心配されることなく検査をお受け下さい。

PET/CT 検査の安全性と危険性について

- ◆ PET/CT検査の被ばく線量は、胃の×線検査1回分と同程度です。この線量で放射線障害が起こることはありません。
- ◆ 静脈針刺入時の痛みや薬剤注入時の血管運動反射に伴って、気分の不快や血圧低下が極く稀に起こることがあります。但し、すぐに回復します。

PET/CT 検査の限界について

- ◆ がんの種類によっては、見つかりにくいものもあります。また、1cm以下の小さな癌や、早期癌などは発見し得ない場合があります。

PET/CT 検査の医学的・学術的利用について

- ◆ PET/CT 検査で得られた画像や結果などは、検査を受られたご本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

その他の注意事項

- ◆ 予約の取り消しは、検査の前日の15:00までにPET/CT予約係へご連絡ください。それ以降のキャンセルは、患者さまに放射性医薬品の購入費(約5万円)を請求させていただく場合があります。
(但し自費診療の場合) ※PET/CT検査予約係 (03)5632-3111 内線2225
- ◆ 検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それをお受けになることを了承下さい。
その際は別途、治療費が必要となる場合があります。

PET/CT検査同意書

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター院長 殿

私は、検査の説明書や上記の注意事項を読み、PET/CT検査の性質や限界を理解した上で、今回のPET/CT検査を受診いたします。

年 月 日 本人あるいは保護者署名: _____

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター

PET/CT検査説明書及び同意書

<患者さん控え>

PET/CT検査に際し、下記の事項についてご理解頂きたくお願い申し上げます。

検査説明医 _____

PET/CT 検査の注意事項について

- ◆ 検査当日、検査終了までは糖尿病薬の使用はできません。(この件はあらかじめ主治医にご相談ください。)
- ◆ 検査前日と当日の運動は禁止してください。
- ◆ 妊娠中または妊娠の可能性のある方の、検査はできません。
- ◆ 検査終了当日、乳幼児や妊婦との接触はおやめください。
- ◆ 検査後48時間は授乳はしないで下さい。

PET/CT 検査薬の注意事項について

- ◆ この検査はブドウ糖に放射性同位元素をつけた18F-FDGというお薬を静脈注射した後、約1時間安静にしてからPET/CT装置で撮像を行います。即ちブドウ糖の代謝を画像にして病状を診断する検査です。
- ◆ PET/CT検査で使用する18F-FDGは製薬会社で製造されます。この薬剤による副作用の報告はないので副作用を心配されることなく検査をお受け下さい。

PET/CT 検査の安全性と危険性について

- ◆ PET/CT検査の被ばく線量は、胃の×線検査1回分と同程度です。この線量で放射線障害が起こることはありません。
- ◆ 静脈針刺入時の痛みや薬剤注入時の血管運動反射に伴って、気分の不快や血圧低下が極く稀に起こることがあります。但し、すぐに回復します。

PET/CT 検査の限界について

- ◆ がんの種類によっては、見つかりにくいものもあります。また、1cm以下の小さな癌や、早期癌などは発見し得ない場合があります。

PET/CT 検査の医学的・学術的利用について

- ◆ PET/CT 検査で得られた画像や結果などは、検査を受られたご本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

その他の注意事項

- ◆ 予約の取り消しは、検査の前日の15:00までにPET/CT予約係へご連絡ください。それ以降のキャンセルは、患者さんに放射性医薬品の購入費(約5万円)を請求させていただく場合があります。
(但し自費診療の場合) ※PET/CT検査予約係 (03)5632-3111 内線2225
- ◆ 検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それをお受けになることを了承下さい。
その際は別途、治療費が必要となる場合があります。

PET/CT検査同意書

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター院長 殿

私は、検査の説明書や上記の注意事項を読み、PET/CT検査の性質や限界を理解した上で、今回のPET/CT検査を受診いたします。

年 月 日 本人あるいは保護者署名: _____

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター

PET/CT検査予約票 (連携医用)

検査予約日時: 西暦 年 月 日() 午前・午後 時 分

予約時間の30分前までに、2階受付4までお越しください。

フリガナ

患者氏名:

年齢: 歳

性別: 男・女

生年月日: T・S・H 年 月 日

検査当日に持参する物

- ① 保険証
- ② PET/CT検査申し込み票(診療情報提供書)
- ③ PET/CT検査予約票
- ④ X-P、CT、MRI等の画像データ
- ⑤ 診察券
(以前高齢者医療センターにかかったことのある方)

《検査にあたり、患者様のご留意頂く事項》

【検査前日まで】

- 検査当日はもちろん、前日も含め『激しい運動』はお止めください。
- 下剤を服用されている方は、検査前日より服用を中止してください。
- キャンセル・変更は検査前日の15時迄に下記までお願いします。

【検査当日】

- 検査予約時刻の6時間前から『絶食』をお願いします。
- ただし『水の摂取』は問題ありません。
(水のみ飲んでもかまいません。スポーツドリンク・ジュース・アルコール類及びお茶やコーヒーなどのカフェインや糖分の含まれているものは飲まないでください。)
- 検査当日の『糖尿病薬』の使用(服用や注射)はご遠慮ください。
(この件はあらかじめ主治医にご相談ください。)
- 下剤や糖尿病以外の薬の服用には制限はありません。
- 自転車での来院はお控えください。
- 当日の検査は、約2時間を予定していますが 多少前後する事がございます。
- 検査当日妊婦 及び 小児 の付き添いはご遠慮ください。
- 予定時刻に間に合わない場合や来院できなくなった場合は、直ちにご連絡ください。

【検査後】

- 通常通りの生活に戻られて結構ですが、検査当日は、妊婦や小児と接触しないでください。
- 授乳中の方へ:検査終了後より 48 時間は授乳できません。
- 検査結果は後日ご紹介頂いた医師に発送致します。従って検査結果は、紹介元の主治医よりお受けください。原則として一週間以内に結果を発送致します。

予約・検査・キャンセルに関する問い合わせ及び連絡先

順天堂大学
医学部附属

順天堂東京江東高齢者医療センター
電話 (03)5632-3111(代表)
PET/CT予約係 内線2225

2024.3作成

PET-CT検査当日の流れ

順天堂東京江東高齢者医療センターへの交通アクセスは小冊子【PET-CT検査のご案内】の裏表紙をご覧ください。

※検査結果に関わる注意事項がありますので、前日までに必ずお読みください。

- ◎ 検査の前日と当日の禁止事項・注意事項は小冊子【PET-CT検査のご案内】P10、P11、P14をご参照下さい。
- ◎ 検査当日の持参品は小冊子【PET-CT検査のご案内】のP12をご参照下さい。
- ◎ 検査料は健康保険適応症例の3割負担で約3万円、非適応症例で約15万円です。(目安)

① 来院前

検査前日は激しい運動を避けてください。
検査6時間前から絶食してください。
飲水のみ可。甘い飲み物、スポーツドリンク、コーヒ、お茶などは飲まないでください。
※心サルコイドーシスは検査18時間前から絶食

② 受付

当センター初診の方は「初診受付」(2階総合受付内)に、受診歴のある方は「再来受付機」(1階中央入口or2階エスカレーター降り場前)にて受付を行ってください。

③ 検査受付(2階 受付4)

【PET-CT】検査予約票を提示後、受付票をお受けとりください。

④ 更衣室

更衣室で時計、ネックレス等を外し、検査着に着替えてください。
貴金属類、財布などの貴重品は備え付けの【貴重品・バッグ】に入れ、ご自身で管理してください。ロッカーは必ず施錠してください。
RI室(PET-CT 室)前の椅子に座って、お待ちください。

⑤ 注射(PET室)

PET-CT処理室でPET-CT薬剤を静脈注射します。
注射後は、激しい動作はご遠慮ください。

⑥ 安静(安静・回復室)

お薬を身体になじませるため、安静・回復室で休んで頂きます。
この間、飲水とお手洗いは自由です。
安静室にはカメラとマイクがありますので、問題があれば声をおかけください。

⑦ お手洗い(排尿)

安静終了時点(PET-CT撮影開始直前)に、お手洗いに行ってください。(お手洗いを済ませることで、より正確な検査結果を得ることができます)

⑧ PET-CT 室移動

案内の声がかかったら、【貴重品・バッグ】を持って、PET-CT室へ移動致します。

⑨ PET-CT撮影

撮影は通常1回または2回となります。
撮影時間は10分～30分です。
撮影中は動かないようにしてください。

⑩ 更衣室

検査終了後に更衣室へと、ご案内します。
更衣後、ロッカーの鍵と「バッグ」は更衣室に置いてきてください。

⑫ 会計 → 帰宅

会計カードを会計カード受付に提出してください。その後、お会計となります。
寄り道せず、まっすぐお帰りください。
お疲れ様でした。

検査後の注意事項

- ※検査終了後も体内には薬が残っていますが、24時間後には自然になくなります。
- ※検査当日、小児、妊婦への接触はおやめください。
- ※検査後48時間は安全のため授乳はお控えください。

PET/CT検査問診票 (検査予約時)

年 月 日

氏名 _____ (自署) (男・女) 年齢 () 歳

※ 下記の質問で『不可能』または『はい』と答えた方は

検査を受けることはできません。

- ◆ 介助なしの自立歩行は可能ですか。 不可能・可能
- ◆ 閉所で40分程度安静を保つことは可能ですか。 不可能・可能
- ◆ 紙オムツを使用していますか。 はい・いいえ
- ◆ 導尿はされていますか。 はい・いいえ
- ◆ 現在妊娠している可能性がありますか。 はい・いいえ

※ 下記の質問は PET/CT 検査を受けるうえで必要となりますので、

記入できる範囲でお答えください。

- ◆ 今までに糖尿病と言われたことがありますか。
 - 『はい』の方は現在の治療法に○印をつけてください。
..... 内服・インスリン・食事療法・治療無し
 - 『はい』の方は空腹時の血糖値をご記入ください。 約 _____ mg/dl
- ◆ 何かアレルギーはありますか。 はい・いいえ
 - 『はい』の方は何のアレルギーかご記入ください。 _____
- ◆ 心臓にペースメーカーを装着していますか。 はい・いいえ

担当医師 _____