

診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

検査日時： 年 月 日 () 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

撮像範囲	<input type="checkbox"/> 頭部～大腿基部 (呼吸同期あり) <input type="checkbox"/> 頭部～足先 (呼吸同期なし) <input type="checkbox"/> 頭部～大腿基部 (呼吸同期あり) + 心臓
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 【 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 大型血管炎 <input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシス 】 <input type="checkbox"/> 自由診療 【 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 効果判定 】

糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (注) 200 mg/dl 以上の方は、検査できません。 ※検査当日の糖尿病薬剤は、中止して下さい。		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (DPC 対象病院の場合、保険適用外です。)		
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※要介助者の方は、付添が必要となります。		
ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

臨床診断	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発・転移診断 <input type="checkbox"/> 他 () (注) 化学療法や放射線治療の効果判定、再発を疑う強い所見がない定期的な経過観察は、保険適用外です。
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 ※病理診断による確定診断が得られていないが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている。
臨床経過	※活動性の炎症病巣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)
画像所見	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI () <input type="checkbox"/> 別紙参照
Ga シンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終日： 年 月) ※同月施行の場合、保険適用外です。
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) 術式 [] <input type="checkbox"/> 化学療法 (最終日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (最終日： 年 月 日)
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 高値 (項目/値： /) (項目/値： /)

(紹介医療機関名)

〒 _____ 年 月 日
住 所 _____ 診療科名 _____ 科
名 称 _____
電話番号 _____ 医師氏名 _____

PET-CT 検査予約票

検査日時： 年 月 日 () 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

【検査を受けられる方へ】

◎検査予約時間の20分前に「1階 ③・④受付窓口」にお越しください。

《検査当日の持ち物》

- ① PET-CT 検査予約票 (本紙) ② 診療情報提供書 ③ PET-CT 検査説明書・同意書
- ④ マイナンバーカード (健康保険証) ※各種受給者証等をお持ちの方はご持参ください。
- ⑤ 当院診察券 (お持ちの方のみ)

【PET-CT 検査の注意事項】

1. 検査前の食事と飲み物について

○検査予約時間の5時間前から「絶食」してください。

- ・午前検査の方：朝食は摂らないでください。

お水・お茶 (糖分を含まない) は飲んで頂いて結構です。

- ・午後検査の方：朝食を検査開始の5時間前までに軽く摂ってください。

それ以降は、お水・お茶 (糖分を含まない) 以外は摂らないでください。

○心サルコイドーシスの検査の方・・・検査予約時間の18時間前から「絶食」してください。

- ・お水・お茶 (糖分を含まない) は飲んで頂いて結構です。

2. 検査前の運動について

- ・検査前日及び当日は、激しい運動や重い物を持つことはしないでください。

3. 検査前の服薬について

- ・通常通りお飲みください。ただし、下剤は服用しないでください。
- ・糖尿病薬、インスリン注射については、検査当日の服用・注射はできません。ただし、午後の検査の方は、普段と同様に朝食後に服用・注射をしてください。

4. 検査後について

- ・当日は、乳幼児や妊婦との接触はできるだけ避けてください。
- ・検査当日の授乳はお控えください。

5. 予約の変更・キャンセルについて

- ・遅くとも、検査前日の16時までにご連絡ください。ただし、検査が月曜日の場合は、前週の金曜日の16時までにお願います。

※無断キャンセル等については、薬剤費をご負担いただく場合があります。

お問合せ先：医療連携室 (直通) 03-5343-5765

PET-CT 検査説明書・同意書

1. PET-CT 検査について

この検査は、放射線同位元素(18F)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い、体内の糖代謝能をみることにより、がん等の疾患を診断する検査です。

2. 安全性について

注射する薬剤による重篤な副作用の心配はありませんが、まれに気分不快、発熱、嘔吐、血圧低下などを起こすことがあります。

3. 被ばくについて

検査に使用する放射線薬剤により約 3.5mSV の放射線被ばくがあります。これは、胃のバリウム検査で受ける放射線量とほぼ同等で、この線量で放射線障害が発生することはありません。検査全体での被ばくはこれに CT の被ばく(数 mSV~十数 mSV)が加わりますが、急性の放射線障害が起こることはありません。

4. PET-CT 検査を受けるにあたり、次の点をご理解ください

- ・がんの種類によっては見つけ難いものもあり、5mm 以下の小さな癌は発見されない場合もあります。
- ・血糖値が高い場合、検査前に激しい運動をした場合などにも診断が困難になる場合があります。
- ・炎症疾患(胃炎や咽頭炎など)、甲状腺腫や大腸ポリープなどの良性疾患にも集積します。
- ・PET 検査は革新的ながんの検査方法ですが、完璧というわけではありません。今回の検査で異常所見がみられた場合、診断のために更に他の検査が必要となる場合もあります。

5. 費用について

- ・PET-CT 検査は、一定の要件を満たした場合にのみ健康保険が適用されます。
保険診療(3割負担)の場合:約30,000円 自由診療(保険未適用)の場合:110,000円(税込)
- ・保険適用の可否については、主治医の先生にご確認ください。

6. 検査のキャンセル・変更など

都合で来院できなくなった場合は、速やかにご連絡ください。遅くとも、検査前日 16:00 までにご連絡ください。また、検査が月曜日の場合は、前週の金曜日 16:00 までにお願いします。なお、無断キャンセルや検査予約時間までに来院されず検査を受けられない場合は、薬剤費をご負担いただく場合があります。

7. その他

- ・機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情により薬剤(FDG)が届かない場合には、検査が行えない場合もありますのでご了承ください。
- ・また、今回の検査結果を医学会や学術誌に発表、あるいは多くの方に検査を知っていただくために使用させていただく場合がございます。この際、氏名などのプライバシーは一切公表されることはありません。

説明医師署名 _____

同意書

私は、上記検査について、検査の目的・必要性、危険性等について説明を受け、この検査を受けることに同意し、その実施を依頼します。

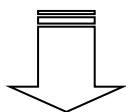
署名年月日 : 年 月 日

患者様署名 _____

代理人署名 _____

PET-CT 検査当日の流れ

受付 1階 ③・④受付窓口



① 検査受付・地下1階

「アイソトープ検査室」にお越し下さい。

② 更衣

検査着に着替えて頂きます。

③ 血糖・身体測定

検査前に身長・体重、血糖を測定します。



④ 注射

検査薬 (FDG) を静脈注射します。



⑤ 飲水・安静 (約 50 分)

余分な FDG を尿と共に体外へ排出するため、お水を飲んで頂きます。
(お水はご用意しております)

※トイレには何度でも行けます。

⑥ 排尿

検査の直前に排尿して頂きます。

※男性の方も便座に座って排尿して下さい。
(薬剤の飛散防止のため)



⑦ 撮影・1回目

約 30 分です。



⑧ 飲水・安静 (約 50 分)

※トイレには何度でも行けます。

⑨ 撮影・2回目

約 20 分です。

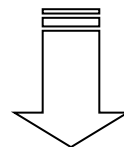


⑩ 検査後、休憩 (約 30 分)

体内のお薬が排出されるまでお休み下さい。

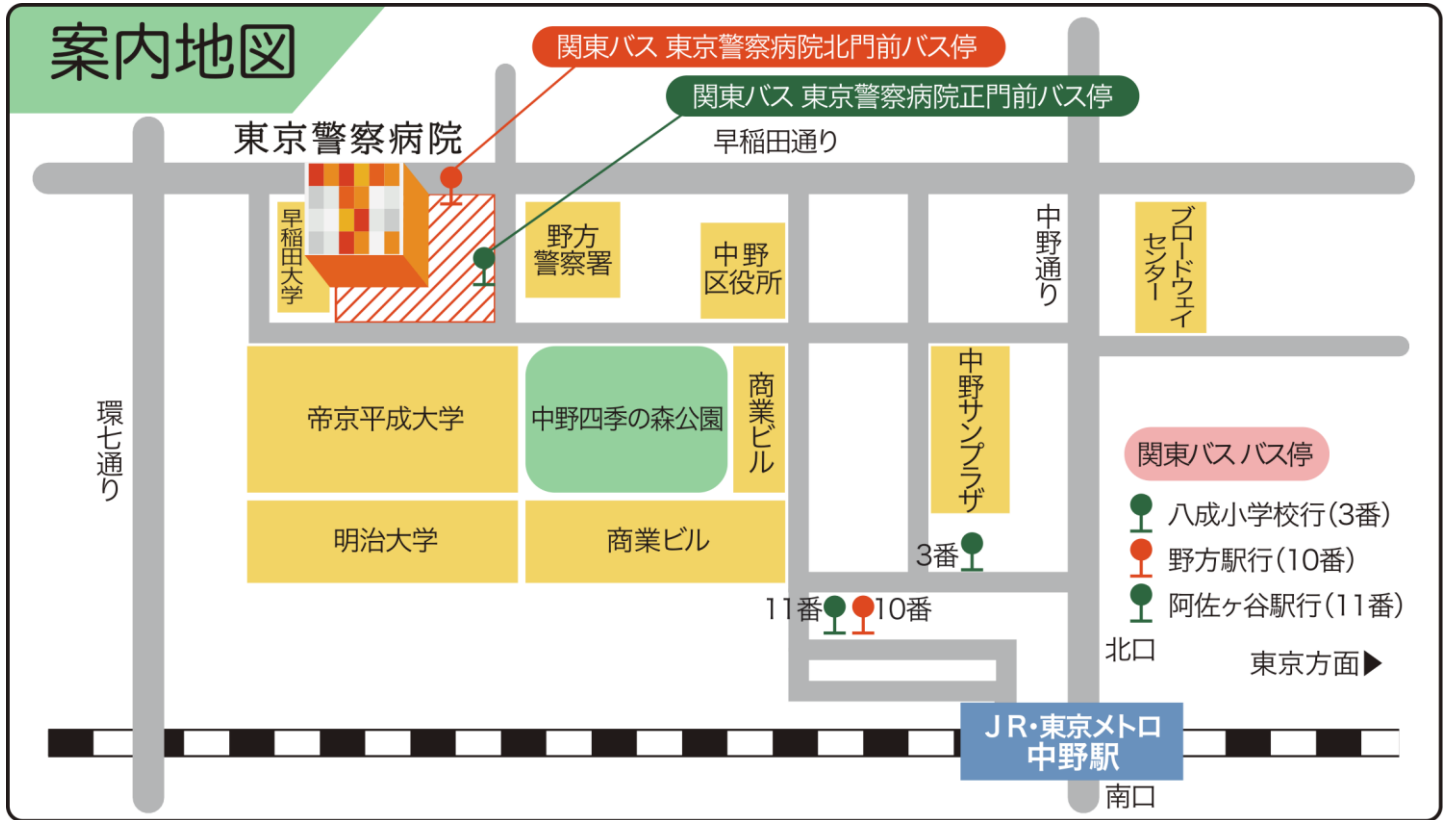
お会計

1階・①計算窓口にてファイルをお出し頂き、自動精算機にてお支払い下さい。



ご帰宅

東京警察病院 アクセスマップ



< 交通アクセス >

【徒歩】中野駅北口より東京警察病院正門まで9分

【バス】中野駅北口より関東バス

- ・ 3番のりば (八成小学校行き) 「東京警察病院正門前」下車
- ・ 10番のりば (野方駅行き) 「東京警察病院正門前」下車
- ・ 11番のりば (阿佐ヶ谷駅行き) 「東京警察病院正門前」下車

< お車によるアクセス >

○駐車場について(屋外駐車場)

- ・ 一般料金: 200円/30分
- ・ 受診者料金: 100円/30分



東京警察病院
Tokyo Metropolitan
Police Hospital

〒164-8541 東京都中野区中野4-22-1

(TEL) 03-5343-5611 (代表)

(FAX) 03-5343-5761

(URL) <https://www.keisatsubyoin.or.jp/>

