

①PET-CT診療情報提供書(検査予約申込書)

この申込書を地域医療連携室あてFAX願います。(原本は検査当日にご持参下さい)

内容確認後、当院から予約日時を記載した「予約案内書」を返信しますので患者様にお渡し下さい。

当院ホームページで空き状況を公開しております。

 独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 地域医療連携室	◆ご紹介下さる 医療機関名	
	住所	
	診療科・医師名	
	必須	(電話番号)
	(FAX番号)	
	第一希望日	
	第二希望日	

◆ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		性別	生年月日・年齢		身長・体重
お名前		<input type="radio"/> 男	年	月	日生
	(旧姓)	<input type="radio"/> 女			歳
ご住所	〒 -		自宅	-	<input type="radio"/> 本人
			携帯	-	<input type="radio"/> 本人以外 ()
撮像範囲	<input type="radio"/> 希望有り ()	PET-CT検査歴			
	<input type="radio"/> 希望無し	頭部～大腿基部までとなります	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 無し	<input type="radio"/> 有り(当院) <input type="radio"/> 有り(他院) 年 月
病名	告知: (<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し) ※病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されたものとします。				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他 ()				
病理診断	<input type="radio"/> 有り (結果:) <input type="radio"/> 無し				
画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI (ガリウムシンチ直近検査: 年 月 日) ※画像診断がすでに施行されている患者様が保険適用です。また、同一月内にガリウムシンチが施行されている場合、保険適用となりません。 持参画像: <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム 返却: (<input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要) ※必ず画像データをお持ち下さい。返却要の場合は所見とともにお返しします。お急ぎの場合はご連絡下さい。				
臨床経過等(臨床経過、血液データについては貴院書式を添付頂いても結構です。)					腫瘍マーカー・その他
					検査日 / /
					CEA
					CA19-9
					CA125
					CA15-3
					AFP
手術歴	<input type="radio"/> 有り	年 月 術式		<input type="radio"/> 無し	CRP
		年 月 術式			血糖
化学療法	<input type="radio"/> 有り	年 月 終了 (治療内容:)		<input type="radio"/> 無し	20～30分間の静止
		年 月 終了 (治療内容:)			<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可
					閉所恐怖症
					<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
放射線治療	<input type="radio"/> 有り	年 月 終了 (照射部位:) (Gy)		<input type="radio"/> 無し	妊娠の有無(女性の方)
		年 月 終了 (照射部位:) (Gy)			<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
					授乳の有無(女性の方)
					<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
糖尿病	<input type="radio"/> 有り (<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 内服)	<input type="radio"/> 無し	心臓ペースメーカー・ICD	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り (※ペースメーカー手帳をご持参下さい。)	
感染症	<input type="radio"/> 有り () <input type="radio"/> 無し	状況	<input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 外来	付属物	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液 (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV)
患者移動	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車椅子 <input type="radio"/> ストレッチャー (ご家族又は医療従事者同伴をお願いする場合があります。)				

②PET-CT検査ご案内(紹介元医用)

独立行政法人国立病院機構福山医療センター

PET-CT検査の有用性はご承知のことと存じますが、他の画像検査と比較して保険適用のハードルが高く、検査費用も高額です。また、正確な診断結果を得るためには検査前に患者様に遵守いただく事項も数多くございます。

ご紹介いただくにあたっては以下を熟読いただき、ご理解のうえご紹介下さるようお願いいたします。ご不明な点をご紹介前に当院放射線科までお問い合わせ願います。

福山医療センター 放射線科 PET-CT係 TEL:084-922-0001 (内線7446)

1. 保険適用に関すること

(1) 保険適用となる患者

① 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)

- ・他の検査・画像診断により病期診断、再発・転移の診断が出来ない患者
- ・悪性リンパ腫の治療効果判定

② てんかん

- ・難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者

③ 虚血性心疾患

- ・虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者(ただし、通常の心筋シンチグラフィで判定困難な場合に限定する)

④ 心サルコイドーシス

- ・炎症部位の診断が必要とされる患者

⑤ 大型血管炎

- ・高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者

(2) 保険適用とならない患者

① 上記①～⑤のいずれにも該当しない患者

② 悪性腫瘍の診断目的で、同一月内にガリウムシンチグラフィを実施した患者

2. ご了解いただきたいこと

(1) 検査に使用するFDGは、糖代謝の盛んな脳・心臓に強く集積します。また、尿から排泄されるため腎臓、尿路、膀胱に集積します。従ってこれらの臓器の診断は難しくなります。

(2) FDGは良性疾患(炎症・甲状腺腺腫・大腸腺種・唾液腺腫瘍)などにも集積するので、良性・悪性の判断が困難となる場合があります。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 他の検査や治療による影響

以下に該当する場合は正確な検査結果が得られない場合があります。

- ① PET-CT検査前1週間以内のバリウム検査
- ② PET-CT検査前3週間以内の化学療法(6~8週あけることが望ましい。)
- ③ PET-CT検査前3ヶ月以内の放射線治療
- ④ 心臓ペースメーカー、体内金属(歯のかぶせ、ブリッジ、人工関節等)のある方は、その近傍の画像が見えにくくなる場合があります。
- ⑤ 糖尿病等により血糖値が上がると疾患部への集積が低下します。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。PET/CT 検査を行う上では 150mg/dl 以下が望ましいと考えます。

3. ご紹介手順

(1)ご紹介に必要な書類をご用意下さい。当院ホームページからもダウンロード出来ます。

- ①「PET-CT診療情報提供書(検査予約申込書)」
- ②「PET-CT検査ご案内(紹介元医用)」
- ③「PET-CT検査ご案内(患者様用)」
- ④「PET-CT検査問診票」

(2)画像診断結果、病理検査結果、腫瘍マーカー等の情報をご用意下さい。

(3)①「PET-CT診療情報提供書(検査予約申込書)」に必要事項を記入のうえ、福山医療センター地域医療連携室までFAX願います。なお、最新の検査予約空き状況を当院ホームページで公開しておりますのでご活用下さい。

(4)当院地域医療連携室で検査予約日時を決定して予約案内書を返信いたします。

(5)患者様へ下記4以下をご説明いただき、検査同意の確認をお願いいたします。

(6)③「PET-CT検査ご案内(患者様用)」、④「PET-CT検査問診票」を患者様にお渡し下さい。

(7)既に実施済みのCT・MRI等画像データを患者様にお渡しいただき、①、④及び返信した「予約案内書」と一緒に検査当日に持参されるようお伝え下さい。

4. PET-CT検査について(患者様にご説明下さい)

(1) PET-CT検査の原理

「がん細胞は正常の細胞に比べて多くのブドウ糖を取り込む」という性質を利用した検査です。ブドウ糖にフッ素-18[18F]というごく微量の放射線放出物質(放射性同位元素)をくっつけた『FDG』という薬剤を体内に注射します。すると、がん細胞は正常な細胞より多くの FDG を取り込みます。そこから放出される微量の放射線をカメラでとらえて、がん細胞の位置や大きさや進行の度合いを調べます。

(2) PET-CT検査の概要

受付から検査終了までにかかる時間はおよそ 3 時間です。FDG を体内に注射し

て約1時間安静にした後、カメラの下で約20分間横になって写真を撮るだけの苦痛の少ない検査です。全身を一度に撮影しますので、転移や再発の発見に有用です。また、薬剤の集まり具合で組織の活動や、良性・悪性の識別をすることができます。

(3) 薬の副作用と被ばくについて

FDG の副作用として、気分不良・発熱・嘔吐・血圧低下などの報告がまれにありますが、重篤(ショック・死亡)な副作用の報告はありません。

FDG は微量の放射性物質を含んでいますが、尿と一緒に身体から排出されます。また、半減期(放射能の力が半分になる時間)が 110 分ととても短く、検査が終了する頃には最初の放射能の半分以下になっています。その後もどんどん減少し、1 日後にはほぼ消えています。

FDG からの被ばく線量は、約 3.5mSv で、ここへさらに、CT による被ばくが加わり約 15mSv になります。胃のバリウム検査と同等の被ばく量ですが、この線量で放射線障害が起こることはありませんので、ご安心ください。しかしながら、安全のため当院では妊娠中もしくは妊娠した可能性のある方へは、PET-CT 検査は行っておりませんのでご了承下さい。

(4) 診療費に関すること

- ① 保険適用の場合、3割負担で約30,000円の自己負担となります。
- ② 保険適用とならない場合、約90,000円の自己負担となります。

(5) 検査前注意事項

以下は、検査にあたって患者様に遵守いただく事項です。

- ① ブドウ糖の代謝状態を正しく診断するため、検査時間の**6時間前**から絶食して下さい。シュガーレスの食べ物(ガム等)も控えて下さい。
- ② 糖分を含まない水やお茶は自由に飲んで下さい。牛乳等の乳飲料、ジュース、アルコール類は飲まないで下さい。
- ③ 検査前日と当日の運動は控えて下さい。日常生活動作は構いませんが、運動は筋肉にブドウ糖が集積するため、正確な診断が出来なくなることがあります。
- ④ 点滴の必要な方で糖類(ブドウ糖等)が薬剤に入っている場合は、検査の**6時間**以上前に終了させるか、生理食塩水等に切り替えて下さい。
- ⑤ 検査当日朝はインシュリンの注射や糖尿病治療薬の服用は**中止**して下さい。ただし、休薬が困難な場合は検査の**6時間**前までに注射・服用を済ませて下さい。血糖値が高い(150mg/dl 以上)と、正確な診断が出来ない場合があります。糖尿病以外のお薬は通常通り服用していただいて構いません。
- ⑥ 心臓ペースメーカーやICD 本体にX 線が照射されると、設定がリセットされたり、パルスが停止する機種がありますので、装着されている方はペースメーカー
一手帳をご持参ください。機種によっては本体部分を検査範囲から除く場合があります。

③ PET- CT 検査のご案内

検査前の注意事項（前日～当日の検査直前）

- **検査前、最低6時間の絶食**が必要です。
糖分を含まない水分は飲んでもかまいません。
ガム・飴・ジュース・コーヒー・イオン飲料などは、食べたり飲んだり出来ません。
- **検査当日朝のインシュリンの注射・糖尿病薬の服用は中止**してください。
ただし、主治医の判断で休薬が困難な場合は、**検査6時間前**までに注射・服用してください。
その他のお薬は、普段通り服用可能です。
- **検査前日と当日の運動は、控えて下さい。**
日常動作はかまいません。運動は、筋肉にブドウ糖が集積するため、正確な診断が出来なくなることがあります。念のため、検査当日は、徒歩や自転車での来院もおやめ下さい。また、腕や腰の筋肉にお薬が集まってしまうことがありますので、ご自身での運転はなるべく避け、タクシー又はご家族等の運転でゆったりとお越し下さい。

1. PET-CT 検査後の注意事項

- PET-CT 終了後は他人への無駄な被爆を避けるため、他の検査や診療予約 また入院患者への面会はせず、速やかに自宅へ帰宅して下さい。
- 検査後は特に食事や運動、入浴の制限はありません。
- 検査当日は妊婦や乳幼児との接触をできるだけ避けて下さい。検査翌日は、普段通りで差し支えありません。ただし、授乳中の方は、48 時間は授乳しないで下さい。
- 検査結果については後日、主治医(紹介元の診療科)から説明を受けて下さい。紹介で来られている方は、紹介元の医療機関から説明を受けてください。

2. ご了解いただきたい点

- 予約時間より遅れて来院されると、検査できないことがあります。
- 当院は駐車場が狭いことから、駐車待ち時間が長くなることもあり、大変ご迷惑をおかけしております。自家用車でお越しの際は時間に余裕を持ってご出発下さるようお願いいたします。
検査当日、来院予定時間の時点でなお駐車待ちの状態にある場合は、当院放射線科 PET—CT 係まで速やかにご連絡下さるようお願い申し上げます。



電話 084-922-0001 内線 (7446)

- 交通事情による薬剤輸送の障害や装置のトラブルなどによる検査時間の遅れ・延期・中止もあり得ます。その際は何卒ご理解・ご了承下さいますようお願い申し上げます。
- 検査当日は、外来の診察や他の検査を受けることは出来ません。
- ご家族の方の付き添いはかまいませんが、原則待機室内へ入ることは出来ません。ただし、麻痺がある方、介助が必要な方で検査を受けられる場合は、検査技師の方へ相談して下さい。他にも何か疑問な点がございましたら、放射線科 PET—CT 係までご連絡下さい。

3. 検査当日に必要な書類

- * 健康保険証
- * 診察券
- * 予約案内書 ※他院からのご紹介の方のみ
- * ①PET-CT 診療情報提供書（検査予約申込書）※他院からのご紹介の方のみ
- * ④PET-CT 検査問診票
- * 紹介元の先生からお預かりしたもの（レントゲンフィルム等）※他院からのご紹介の方のみ
- * ペースメーカー手帳 ※装着されている方のみ

● 検査の変更・キャンセルについて

ご都合により、検査予約日時に来院できなくなった場合は、必ず、当院放射線科まで、速やかにご連絡くださるようお願い申し上げます。遅くとも、検査前日の午後3時まで（月曜日の検査の場合、前週の午後3時まで）にご連絡をお願いいたします。万が一、連絡なしに来院されなかった場合、または薬剤を購入した後にキャンセルされた場合は、廃棄となったお薬の費用として約5万円をご負担いただく場合があります。

（お問い合わせ先）

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 放射線科 PET-CT 係
電話 084-922-0001 内線 (7446)

4. 検査当日の流れ（受付～検査終了）

① 受付

再診の患者様は、玄関ホールの自動再来受付機で受付をして、発券された受付票を持って放射線科受付にお越し下さい。

他院からの紹介患者様は、まず①番初診受付窓口お越し下さい。

② 問診

検査前に診察室にて問診させていただきます。併せて本日の検査の流れについてご説明いたします。検査の順番は受ける方の体重等を考慮して決めますので、受付された順番にはならないことがあります。御了承下さい。

③ 更衣

ボタン、ファスナー、時計、アクセサリー、エレキバンなど金属類はすべて身に付けて来られないようにして下さい。

④ 薬剤（FDG）の注射

処置室にて血糖値を測定してから薬剤（FDG）を静脈注射させていただきます。

⑤ 待機

体内に薬剤（FDG）が行き渡るまで、1時間ほど安静にしてお待ち頂きます。この間にペットボトルの水を全量飲んで頂きます。水は当院で準備いたします。トイレは自由に行って構いませんが、それ以外は極力安静にして下さい。読書、音楽鑑賞、おしゃべり等もお控え下さい。

⑥ PET-CT 検査室

検査は20分ほどかかります。息止めはありません。体が動かないようにしているだけで検査は終わります。（検査に伴う痛み等はありません。）

⑦ 回復

撮影終了後、30分ほどお休み頂きます。薬剤（FDG）の放射線量が減るのを待ちます。また、より詳しく検査をする必要があると判断した場合には、再検査を行うことがあります。以上により検査終了となります。

受付から検査終了まで約2時間半～3時間です。

5. PET-CT 検査について

【PET-CT とはどんな検査で何が分かるの？】

- PET-CT 検査とは、FDG(陽電子を放出する放射性薬剤)を静脈注射して、細胞の活動状態を画像化し、腫瘍の検出や臓器の診断が出来る検査です

【検査にかかる費用】

- 自費で約9万円(うち、お薬の価格が税込 50,000 円)です。通常は保険適用ですのでそのうちの3割、3万円前後が自己負担額となります。検査費用について詳しくは、会計にお問い合わせください。

【検査の被ばくは？】

- 医学的に問題となる可能性は極めて低いと考えられます。被ばくによる不利益はありますが、検査によって得られる情報の有益性の方がはるかに高いといえます。

【お薬の副作用】

- このお薬による副作用の可能性は極めて低いと考えられます。検査は万全の態勢のもとで行われ、万が一副作用が発生しても、担当医や主治医などが速やかかつ適切に対処いたします。

PET-CT 検査 問診票

記入日 年 月 日

問診票

氏名 様

生年月日 年 月 日 年齢 歳 性別

体重 Kg、 空腹時血糖値 mg/dl *わかる方のみ記入して下さい

以下①～⑦について検査当日までに記入して下さい。

- ① ご自分の体で何か気になることがありますか？ はい () いいえ
- ② 閉所恐怖症はありますか？ はい いいえ
- ③ 体内に金属がありますか？ はい (ペースメーカー 骨折時ボルト等 その他:) いいえ
- ④ 大きな病気をしたことがありますか？ はい (病名 時期 年 月頃) いいえ
- ⑤ 手術をしたことがありますか？ はい () いいえ
- ⑥ 糖尿病と診断されたことがありますか？ はい (内服中 インシュリン 食事・運動療法) いいえ
- ⑦ 女性の方にお伺いします。現在、妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ