

FDG-PET検査申し込み依頼・紹介状

予約専用直通電話 048-648-5310 (ご利用時間 午前9:00～午後5:00)

依頼年月日 令和 年 月 日

依頼施設名

依頼医師名 電話 - -
FAX - -

※患者番号 ※自治医科大学附属さいたま医療センターのID番号がある場合にご記入願います。

ふりがな 年齢 歳 生年月日 年 月 日 性別 (男 / 女)
患者氏名 連絡先電話 - -

診断名・
検査理由

※別紙のチェックリストも一緒にFAXしてください。
※別紙の同意書は、当日患者さんにお持ちいただくようお願いします。

(以下は記入していただくことなく結構です。)

先生御机下 受付日 ____月 ____日
医師名 _____

ご紹介ありがとうございました。検査を以下の日時でご予約させていただきました。

検査名：FDG-PET/CT
検査日：令和 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分

- 【患者の皆様へ】
- 別紙の注意事項をよくお読みください。
 - 検査時間の60分前までに初診受付へお越しねがいます。
 - 予約変更の際には、お申込みいただいた医療機関へご連絡願います。
- 【ご依頼いただきました医療機関様】
- ご参考にさせていただくX線フィルム等がありましたら、患者様にお渡し願います。
 - ご紹介状を別にお願います。(この用紙をご持参いただいても結構です。)
 - 予約変更の際には、速やかに下記までご連絡をお願いいたします。
- 中央放射線部 核医学検査室 048-648-5310

【FAX番号】 048-782-6205

ポジトロン放射断層撮影（PET-CT）に関する説明と同意書

【検査内容】

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（FDG）という薬剤を注射して、撮影を行います。体内の糖代謝を見る検査ですが、がん細胞が正常細胞に比べ3～8倍の糖代謝があるとされており、主にがんの存在や状態の評価に用います。ただし、炎症がある場合や小さながん、脳や腎臓・膀胱などのがんでは診断が難しい場合があります。

【副作用・放射線被ばく】

薬剤による副作用はありません。

放射線被ばくはありますが、これによって放射線障害が起こることはありません。ただし、患者ご自身から放射線が出ている時間があり、周囲の方にも被ばくの可能性があるため、特に小児や妊娠している方が近くにいらっしゃる場合はご注意ください。

【その他】

撮影前後に約30～60分の安静、撮影中に約30分の仰向けを保っていただきます。

安静を保つこと、ご自身で着替え・移動・排泄などが困難な方は、検査を行うことができません。また、食事制限や運動制限などがありますので、別紙「PET-CTを受ける方へ」をご参照ください。

ごく稀に装置の不具合や薬剤の配達状況により検査開始時間の遅延や検査日の変更が生じる場合があります。

患者および関係者の方に対して、上記の事項を説明いたしました。

検査日：令和 年 月 日

説明医師名：

自治医科大学附属さいたま医療センター センター長 殿

私は上記事項に関して詳細に説明を受け、十分に了承いたしましたので、その実施に同意いたします。

令和 年 月 日

本人署名欄

チェックリスト (FDG-PET検査用)

下記の項目について、該当する欄□にチェックをお願いします。

着替え、移動が自力で可能	<input type="checkbox"/>
受け答えが可能で、安静な状態が保てる	<input type="checkbox"/>
排尿が自力でできる、または おむつを使用しているが自力で交換ができる	<input type="checkbox"/>
入院中、または施設入所中ではない	<input type="checkbox"/>
1時間以上の安静および30分以上の臥位を保てる	<input type="checkbox"/>
検査後に当日の透析がない	<input type="checkbox"/>
検査後に当日の診察、治療、検査、仕事がない（12時間以上）	<input type="checkbox"/>
検査後に当日の妊婦、乳幼児との接触を避けることができる（12時間以上）	<input type="checkbox"/>
保険診療上、適切な検査である（自費検査、PET検診は除く） 【主な保険適応】 ・悪性腫瘍（早期胃がんを除く）、かつ、他の検査、画像検査で病期診断、移転、再発の診断が確定できない ・悪性腫瘍が強く疑われるが、生検などの病理診断で診断が確定できない ・難治性部分てんかんで部分切除が必要なとき ・大型血管炎の（生検部位特定のための）活動性病変評価 ・心サルコイドーシスにおける炎症部位診断 ・虚血性心疾患による心不全患者における心筋バイアビリティ評価	<input type="checkbox"/>
妊娠の可能性がない	<input type="checkbox"/>
授乳を24時間以上避けることができる（授乳中の場合）	<input type="checkbox"/>

- ◆ 必要部位のチェックが無い場合は、検査ができません
- ◆ 着替えや移動、排尿などにおいて介助が必要な場合や、入院中の方、施設入所中の方のPET-CT検査は行えません
- ◆ 検査当日に検査困難な状態が生じた場合やチェックリストの内容に相違が生じた場合は、依頼医にご連絡させていただくことがあります

PET-CT を受ける方へ

1. 検査の受付

検査の 60 分前までに初再診受付へお越しください。

やむを得ず遅れてしまう場合には、早めにご連絡下さい

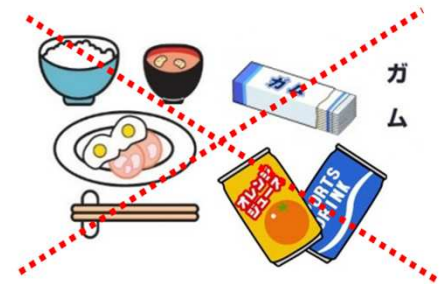
※ご連絡なく予約時間に遅れると、検査が出来なくなる場合があります。



2. 食事

5時間前からお水以外のものは口にしないで下さい。

あめやガム、ジュースなどもご遠慮下さい。



3. お薬

主治医の先生の指示にしたがって下さい。

痛み止めが必要な方はお持ち下さい。

※血糖降下薬やインスリン注射は基本的に検査当日の使用はできません。



4. 運動

前日、当日の両日に激しい運動は避けて下さい。来院時に長距離を歩くなども避けて下さい。



5. 検査中のお水

検査当日に水筒やペットボトルでお水をお持ち下さい (500ml くらい)。

※ 水分制限がある方は不要です。



6. お連れ様について

お子様や妊婦さんの来院は控えて下さい。



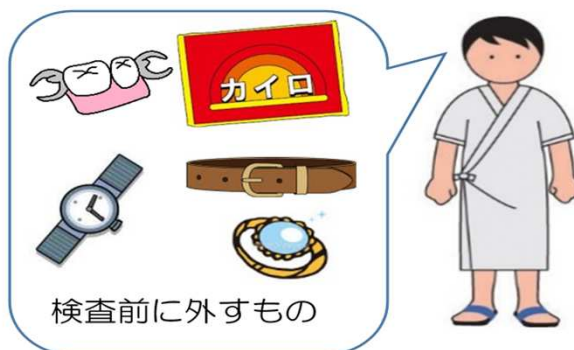
7. 移動や着替え

移動や着替えに介助が必要な方は、付き添いの方に介助をお願いします。

介助のできる方を付き添いをお願いします。

※自力で立てない方は、最近の体重をお知らせ下さい。

※金物のない服装の方がスムーズです。



8. 検査の流れ

お着替えの後に注射をします。注射後安静室で60分休んでから、30分ほど撮影を行ないます。追加の撮影をする場合もあります。

受付から検査終了までは2時間半から3時間くらいかかります。



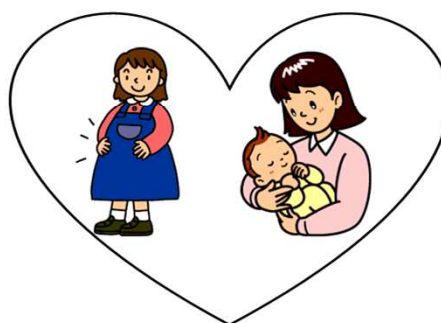
9. 帰宅

検査の後もしばらくお薬が体の中に残っています。まっすぐお帰り下さい。

検査後は、人混みに行くことや仕事など他者との接触を避ける様にして下さい。

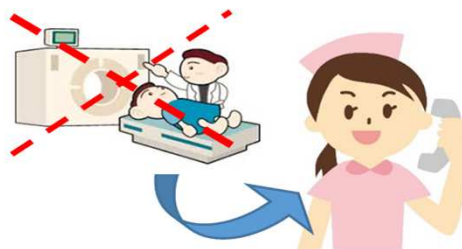
特に検査後12時間程度は、妊婦さんや乳幼児との接触を避けて下さい。

授乳をされている方は、24時間断乳をして下さい。



10. 変更・中止

体調不良、介助者の確保が出来ない、他の事情で検査の**変更**または**中止**をご希望の場合には、すみやかに**お掛りの病院**へご連絡下さい。



検査予約の変更・中止および検査の問い合わせは下記にご連絡ください。

自治医科大学附属さいたま医療センター 核医学検査室

048-648-5310 (平日 9:00~16:00)

PET-CT 問診票

検査年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

血液型： _____ 型 Rh (_____) 身長： _____ cm 体重： _____ kg

●糖尿病はありますか？ 【 あり ・ なし 】

糖尿病薬の内服：【 あり →薬剤名：(_____) ・ なし 】

インスリン注射：【 あり →注射部位：(_____) ・ なし 】

●検査日より 1 週間以内で運動やマッサージなどをされた方は内容を教えて下さい。

(例：5月14日 ジョギングを30分。10月30日 両肩をマッサージ。など)

{ _____ }

●食事や飲み物（水、お茶以外）を摂った最後の時間を教えて下さい。

_____ 月 _____ 日 午前 ・ 午後 _____ 時

●3 ヶ月以内に受けた手術、放射線治療、化学療法、歯科治療などについて教えて下さい。

_____ 月 _____ 日： _____ 月 _____ 日：

●3 ヶ月以内にコロナワクチン接種を受けましたか？ 【 はい ・ いいえ 】

接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 部位：(右上腕・左上腕・不明)

製剤：(ファイザー ・ モデルナ ・ アストラ 初 ・ ジョソツ&ジョソツ ・ 不明)

副作用の有無【 なし ・ あり→症状：(発熱・赤み・腫れ・痛み・ _____)

●3 ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか？ 【 はい ・ いいえ 】

薬剤名： _____

接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 部位：(右上腕・左上腕・不明)

●女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性：【 なし ・ あり 】

授乳中：【 いいえ ・ 授乳中 】 (授乳中の方は 24 時間の断乳が必要です。)

月経：【 あり ・ なし → (閉経 _____ 才・ 子宮摘出術後) 】

最終月経開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (月経周期 約 _____ 日)

不正出血：【 なし ・ あり 】

●その他、現在感じている症状や辛いことなどありましたらご記入下さい。

例：風邪気味である。筋肉痛。手足がしびれる。発疹がある。鼻血がでる。など

{ _____ }

※わかる範囲で記入し、検査当日ご持参お願いします。当日忘れた場合は検査室で記入するため、検査開始が遅れる可能性があります。