

# PET-CT 検査 紹介状 (診療情報提供書) [保険・自費]

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・( )	性別
患者氏名			年 月 日 ( 歳)	男・女
住 所	〒 - TEL ( )			

臨床診断 〔保険適応〕	・悪性腫瘍 ( )〔早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む〕 ・てんかん〔難治性部分てんかん〕 ・心筋サルコイドーシス〔炎症部位の診断〕 ・血管炎〔高安動脈炎等の大型血管炎〕			
施行した画像診断	CT ・ MRI ・ RI ・ 超音波 ・ その他 ( )			
腫瘍マーカー 数値など				
病理検査の 所見など		未実施の場合 出来ない理由		
臨床経過・手術歴・放射線治療歴等記載してください (最近のものは内容・年月日まで記入してください)				
身長 ( ) cm	歩行 : 独歩・車いす			
体重 ( ) kg	【歩行やトイレ等に介助が必要な方は、家族 (介護者) の付添いが必要です。】			
糖尿病：無・有	撮影時に 30 分程度、仰臥位で静止： 可 ・ 不可 (不可の場合は検査ができません)			
妊 娠：無・有 (有は検査不可)	閉所恐怖症：無・有 (有は検査不可)	感染症：無・有 ( )		
その他、検査にかかわる留意点等				

## 患者保険情報

主 保 険	保険者番号				老 人 医 療	市町村番号			
	記号・番号	・				受給者番号			
	有効期限	～				有効期限	～		
	被保険者氏名		負担率	割		負担率	割		
公費負担医療受給者証	有 (負担者番号： )				受給者番号： )・無				

医療機関名										
所在地	TEL ( ) FAX ( )									
診療科名				指示医師名 (署名又は記名・押印)	印					

問合せ：0285-58-7159(核医学受付) FAX 番号：0285-44-5397(地域医療連携室)

## ポジトロン放射断層撮影(<sup>18</sup>F-FDG PET-CT)検査に関する説明・同意書 (保険・自費)

病院・医院名：

説明医署名：

### 【説明内容】

#### ➤ ポジトロン放射断層撮影(PET)について

・放射性同位元素(フッ素 F-18)で標識されたフルオロデオキシグルコース[<sup>18</sup>F]FDG という薬剤を注射した後に撮影を行なって体内の糖代謝能をみることにより、がん・てんかん・炎症等の疾患を診断する検査です。

#### ➤ 検査の安全性と危険性について

・この薬剤による副作用の心配はありません。また、[<sup>18</sup>F]FDG による被ばく線量は胃のバリウム検査とほぼ同等で、PET-CT 検査では、これに撮影部位〔全身・頭部(てんかん)〕の CT 被ばく線量分が増えます。これらの被ばく線量で放射線障害が起きることはありません(但し、妊娠している方、小児についてはご相談ください)。

#### ➤ PET-CT 検査を受けるにあたり次の点をご理解ください

・[<sup>18</sup>F]FDG は糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集まります。また、尿から排泄されるので、腎臓や尿路、膀胱に強く集まります。このためこれらの臓器のがん診断は難しくなります。

・FDG-PET 検査は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。また、がんの中にも[<sup>18</sup>F]FDG が集まりにくいものがあり、診断できないことがあります。

・[<sup>18</sup>F]FDG は、がん以外(炎症、甲状腺腫、大腸腺腫などの良性疾患やサルコイドーシス、骨折や関節炎)にも集まるため、がんの診断が難しいことがあり、PET-CT 検査だけで診断が確定するものではありません。今回の検査で異常所見がみられた場合、診断のためにさらに他の追加検査が必要となる場合があります。

・てんかん PET の撮影範囲は頭部(脳)となります。

・心筋 PET-CT は心筋サルコイドーシスの炎症部位をみる検査です。食事制限等が他の PET 検査と異なります。

#### ➤ その他

・検査室では、テレビカメラを通して検査の進行状況を把握し、皆様方をご案内しております。

診療時間内の画像を録画したり、プライバシーを侵害したりすることはございませんのでご了承ください。

・検査薬剤は予約時間に合わせて配送されます。薬剤製造のトラブルや交通事情などにより、薬剤の到着が遅れたり、届かなかったりする場合があります。これらの場合、検査の遅れや検査ができなくなる場合があります。また検査装置の故障等により、検査時間の遅れや検査ができなくなる場合がありますのでご了承ください。

## 同 意 書

私は、上記事項について詳しく説明を受け、よく理解できましたので、検査を受けることに同意いたします。

また、検査に必要な処置等を実施する場合があることにも同意いたします。

(氏名はすべて自署)

年 月 日 午前・午後 時 分

患者署名

(代筆者: )

代諾者署名

代諾者住所:

電話 ( )

## <sup>18</sup>F-FDG PET-CT 検査 案内書

氏 名：

検査予約日時： 年 月 日 時 分

予約時間の10分前までに核医学検査室 受付までお越しください。

(本館放射線 核医学・PET 専用エレベーターをご利用していただき2階にあります)

### 【検査の注意事項】

- 検査前日から筋肉に負荷のかかる運動はしないようにしてください。
- 検査の前5時間は、食物をとらないでください。  
ただし、水分（水・お茶の糖分を含まないもの）の制限はありません。
- 糖尿病の方でインスリンを使用している場合は、検査予約時間の5時間以内はインスリンを使用しないでください。
- 飴をなめたり、ガムをかんだりしないでください。

### 【検査の説明】

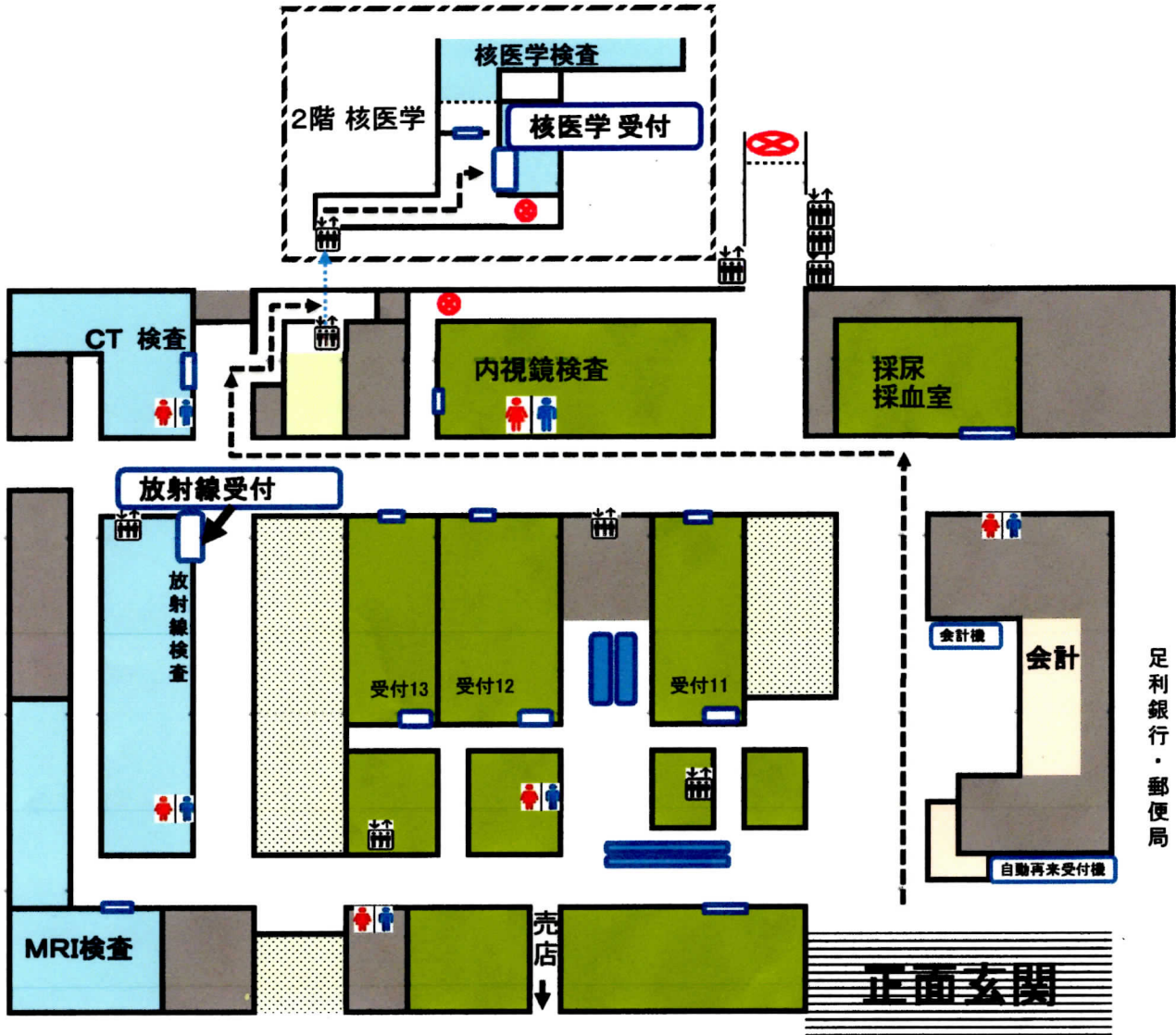
- 検査の所要時間は2時間30分程度となります。
- 注射前に身長と体重の測定、検査の説明を行います。
- 注射の前後に飲料水を500ml程飲みます。
- 検査は、放射性医薬品（FDG）を注射してから約1時間後になります。
- 検査時間は、20～30分程度です。（身長、体重等により変わります）
- 検査は、上を向いて寝ていただき撮影します。
- 着衣に金属等がある場合、検査着に着替えていただく場合があります。

※ 歩行やトイレ等に介助が必要な方は、ご家族（介護者）の付き添いをお願いしております。

※ 検査日時の変更を希望する場合は、検査日前日の16:00までに核医学受付に必ずご連絡ください。（検査日が月曜日の場合は金曜日の16:00までになります。）

連絡先：0285-58-7159(核医学受付) 8:30～17:00(平日)

# 自治医科大学附属病院 院内配置図



自治医科大学附属病院での 核医学・PET 検査は

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分から行います

時間までに、直接 核医学 受付 までお越しください