

PET-CT 検査のご依頼に当たって

PET-CT 検査をご依頼の際に、以下の事項につきましてご理解とご協力をお願いいたします。

1. 妊娠中または妊娠の可能性のある方は、検査を受けられません。授乳中の方は、検査開始から24時間は授乳を避けるようお願いいたします。
また、高度な閉所恐怖症の方、30分程度の安静臥床を保てない方も、検査を受けられません。
2. 当 PET センターでは、必要とされる最低限の人員で運用しているため、PET-CT のご依頼は、以下の項目を満たし、原則として介助を必要としない方が対象となります。
 1. 歩行ができる。
 2. 衣服の着脱ができる。
 3. 洋式トイレに座って排尿ができる、あるいはオムツ着用されている患者様は自分で交換できる。※車椅子或はストレッチャーでの護送・介助が必要な方が検査を受けられる場合は、護送・介助をできる方の付き添いが必要となります。
3. FDG-PET 検査の保険適応は以下の場合と定められています(2014年3月現在)
 1. **悪性腫瘍**(早期胃癌を除く):
 - ① 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
 - ② 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌の存在を疑うが病理診断により確定診断が得られない患者(臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合)
 - ③ 他の検査、画像診断で膵癌の存在を疑うが腫瘍形成性膵炎との鑑別が困難な患者**※上記②、③の場合、検査結果、画像所見等もお知らせ願います。**
 2. **てんかん**: 難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者
 3. **心サルコイドーシス**: 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者(心サルコイドーシスの診断が必要です)※上記以外で PET-CT を依頼される場合、**50,000円(自費税込)**で検査をお受け頂きます。
4. この検査で使う PET 注射薬は検査前から準備しているため、急なキャンセルや時間に遅れて検査が行えない場合、キャンセル料として3万円を頂く事があります。
5. 嘔気や発熱などの検査当日の病状により、検査の安全・画像の質の担保のため当施設の判断で検査を中止・延期する場合があります。
6. その他予期せぬ装置のトラブル等により、検査時間が遅れたり検査日を延期したりする場合があります。

北見赤十字病院 オホーツク PET センター

〒090-8666 北見市北6条東2丁目

電話 0157-25-8001

FAX 0157-25-2715

PET 検査予約について

【医療機関の先生へ】

1. 「PET-CT 検査依頼申込書(診療情報提供書)」に必要事項をご記入のうえ、地域医療連携室までFAXで送り下さい。
(FAX:0120-018-599)
 2. 地域医療連携室では希望(予約)日時を診療科に照会・確認後「PET-CT 検査予約票」にて予約日時をFAXで連絡します。
 3. 「PET-CT 検査のご依頼に当たって」「PET-CT 検査に関する説明書」を患者様にご説明をお願いいたします。
 4. 「PET-CT 検査依頼申込書」は当院への「診療情報提供書」となっておりますので、患者様へお渡し下さい。検査当日は、「PET-CT 検査予約票」 および貴院の「検査結果(フィルム等)」、「健康保険証」等と併せてご持参いただくようご説明お願いいたします。**また、内服のある場合は、お薬手帳を持参願います。**
 5. 所見を記した「検査結果報告書」及び画像(CD-R)は、後日郵送いたします。
- ※ 原則として、読影を含めた診療予約となります。
 - ※ PET-CT 検査の場合、検査希望日の2日前までに予約をお願いします。
 - ※ PET 検査の場合、絶食が必要です。検査予約時間の6時間前より、水以外を摂らないようお伝え下さい。詳細につきましては、説明書をご覧ください。
 - ※ 糖尿病のお薬は飲まないで来院して下さい。持続点滴や当日の点滴は、糖分の入っているものは来院時間5時間前から中止して下さい。糖分を含まない水・お茶などや、糖分の含まない点滴は制限ありません。
 - ※ 検査料金は、3割負担で約3万円、1割負担で約1万円となります。
但し、保険適応要件を満たさない場合、**自費 50,000円(税込)**となります。
 - ※ この検査で使う PET 注射薬は検査前から準備しているため、急なキャンセルや時間に遅れて検査が行えない場合は、キャンセル料として3万円を頂く場合があります。
(予約後、都合が悪くなった場合は、検査前日の11時までにご連絡願います。)
 - ※ 通常の撮影は頭部から骨盤までです。特に撮影部位の指示(下肢等)がありましたら、依頼書に明記をお願いします。
 - ※ 当院ホームページの地域医療連携室ページに、申込み必要書類を掲載しております。なお「PET-CT 検査依頼申込書」は Excel ファイルにてご利用可能となります。

【連絡・問合せ】

北見赤十字病院 地域医療連携室

TEL:0120-018-299

FAX:0120-018-599

PET-CT 検査依頼申込書（診療情報提供書）

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

医療機関名： _____
 TEL： _____
 FAX： _____
 診療科： _____
 依頼医師名： _____

予約専用FAX  **0120-018-599（直通）**
 専用電話  **0120-018-299（直通）**

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
患者氏名					
現住所	〒				
電話番号	自宅 職場 携帯	—	—	自宅 職場 携帯	—
希望日時	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ()				
検査目的 (FDG-PET)	1.悪性腫瘍(早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者 <input type="checkbox"/> 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌の存在を疑うが病理診断により確定診断が得られない患者 (臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合) ※検査結果、画像所見等もお知らせ下さい <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断で膵癌の存在を疑うが腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な患者 ※検査結果、画像所見等もお知らせ下さい 2. <input type="checkbox"/> てんかん(難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者) 3. <input type="checkbox"/> 自費 50,000円 ※良悪性の鑑別目的など、 保険適用要件を満たさない場合は自費となります。				
病名					
ご依頼内容 症状経過 検査結果					
患者情報	●妊娠の可能性 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、検査を受けられません ●閉所恐怖症 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、検査を受けられない可能性があります ●仰臥位保持 : <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 不可能 ※30分の仰臥位保持が不可能な場合、検査を受けられません ●移動・排泄・着替 : <input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> ご家族等の付き添い・介助 ・ <input type="checkbox"/> ご依頼施設・部署職員の付き添い・介助 ●糖尿病薬 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 内服薬 ・ <input type="checkbox"/> インスリン (薬剤は絶食時間に合わせて中止します) ●感染症 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> HBV ・ <input type="checkbox"/> HCV ・ <input type="checkbox"/> 梅毒 ・ <input type="checkbox"/> その他 () ●手術歴 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ●化学療法 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ●放射線治療 : <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり				
持ち込み画像と 検査結果の同封	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり(返却不要) ・ <input type="checkbox"/> あり(要返却) ※診断補助として、ご提供にご協力お願い致します				

※検査結果につきましては、PET核医学認定医が画像読影診断し、所見結果を報告いたします。

※画像データ(CD-R)・読影レポートの郵送は、検査日から1週間程度かかる場合がございます。

FDG-PET/CT検査に関する説明書

1.注意事項

- ◆妊娠中または妊娠の可能性のある方は、原則として検査を受けられません。
- ◆授乳中の方が検査を受けた場合は、PET注射薬注射から24時間は授乳を避けた方が良いでしょう。
- ◆高度な閉所恐怖症の方、30分程度安静臥床を保てない方は検査を受けられません。
- ◆移動やトイレ・着替えなどに介助が必要な方は、付き添い・介助できる方と一緒にお願いします。
- ◆PET検査注射薬は動かした筋肉に取り込まれます。そのため正しい診断の妨げを防ぐために、検査前日から検査終了までは、体の負担になる運動（ジョギング等）や作業、ガムを噛むのは控えてください。
- ◆検査の6時間前から絶食してください。味のしない水、許可された薬以外のものは全て禁止となります。
- ◆糖尿病で薬物治療をされている場合は、絶食している間、糖尿病薬を中止します。
- ◆他院からの内服がある場合は、確認のため検査時にお薬手帳をご持参ください。

2.安全性と危険性

- ◆PET注射薬でアレルギー反応などの副作用がおきる可能性はほとんどないと考えられています。
- ◆この検査ではPET注射薬・CTによる放射線被ばくがありますが、1回の検査における被ばく量は10 mSv程度です。これは通常のCT検査とほぼ同等で、この被ばくによる放射線障害はありません。
- ◆注射時の針の痛み、薬品注入時の血管運動反射に伴う一時的な気分不快、血圧低下、神経障害が稀に起こることがあります。

3.その他

- ◆この検査で使うPET注射薬は検査前から準備しているため、急なキャンセルや時間に遅れて検査が行えない場合、キャンセル料として3万円を頂く場合があります。
- ◆予期せぬ装置のトラブル等により、検査時間が遅れたり検査日を延期したりする場合があります。
- ◆PET検査は通常医療保険が適用されますが、病状によって適用が難しい場合、自費での検査となる場合があります。
- ◆この検査は優れた診断能を有することが知られていますが、病気の種類・大きさ・部位・性質、高血糖などの影響から、診断能には限界があります。そのため、がんを100%診断し得るものではありません。
- ◆今後の医療の進歩のため、PET検査結果の学会・講演会・論文などへの使用に同意をお願いしております。個人を特定できないよう管理しますので個人情報を守られます。またご同意頂けない場合も不利益は受けません。