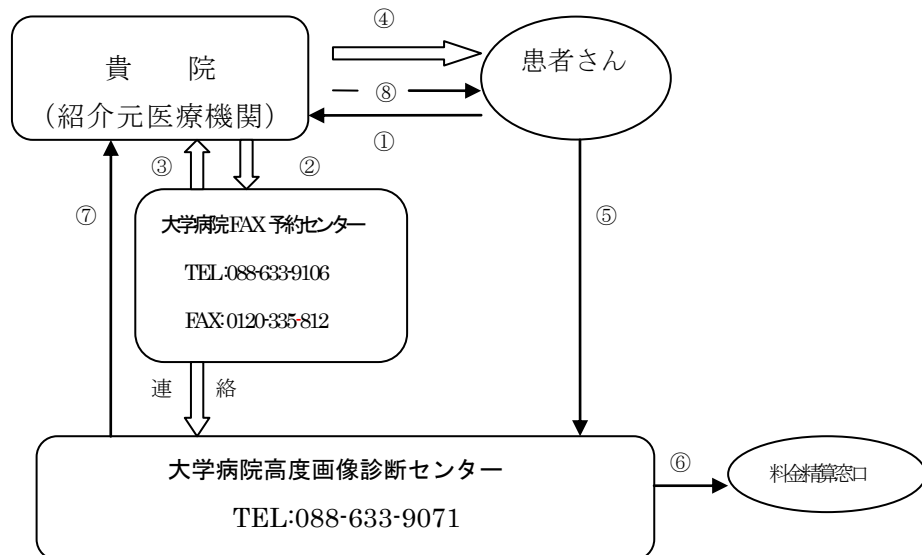


PET/CT検査のご案内

徳島大学病院高度画像診断センターでは、最新の陽電子放出断層撮影装置(PET)とX線コンピュータ断層撮影装置(CT)一体型の機器によるポジトロンCT(PET)検査の受付を開始し、地域の皆様に従来よりも更に信頼性の高い診断を提供していますので、どうぞご利用下さい。



【 予約申込み等手順 】

- ①患者さんが、貴院に来院
- ②貴院から大学病院FAX予約センターに予約申込み
☆ 診察情報提供書 (PET/CT検査依頼書) 使用
(本院ホームページからダウンロードするか、本案内5ページのものをコピーして使用願います。)
- ③大学病院FAX予約センターから貴院へ予約確定の連絡
(※受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。)
- ④貴院から患者さんに予約確定の連絡
- ⑤患者さんが大学病院に来院し、高度画像診断センターで撮影
- ⑥患者さんは会計窓口で料金精算後、ご帰宅
- ⑦後日、大学病院高度画像診断センターから貴院に対して画像 (CD-R) ならびに読影結果及び診断情報提供書を送付
- ⑧貴院から患者さんに読影結果及び診断を説明

—目 次—

PET/CT検査について（紹介元医療機関の皆様へ）・・・ P. 1, 2

PET/CT検査を受けられる患者の皆様へ・・・ P. 3, 4

特に内容を必ず
ご確認ください

診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）・・・ P. 5

PET/CT検査 問診票、同意書・・・ P. 6～8

高度画像診断センター案内図・・・ P. 9

PET/CT 検査について（紹介元医療機関の皆様へ）

本院高度画像診断センターへPET/CT検査を依頼される場合は、「診療情報提供書の送付」と「患者さんへの説明」をよろしくお願いいたします。なお、特に注意していただきたい点を、次のとおり記載させていただきましたのでご確認願います。

○ PET/CT検査の保険適用等について

保険診療としてPET/CT検査を受けていただくことができるのは、別表「PET/CT検査の保険適用要件確認表」のとおり、てんかん若しくは虚血性心疾患や大型血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除く。）に限られ、更にPET検査予約時に他の検査、画像診断、病理診断等による精査が既に行われていることが必要です。**自由診療**の場合には、これらの制限はありません。

また、DPC 包括請求で入院中（入院日・退院日を含む）の同一月内に悪性腫瘍の診断目的でガリウム・シンチグラフィの核医学検査が行われている場合も保険適用となりませんので、ご注意ください。

ただし、**自由診療**として患者さんの了解が得られる場合には、検査を受けていただくことに何の問題もありませんので、積極的にご紹介いただければ幸いです。

○ PET/CT検査の費用

検査にかかる費用は、保険適用(3割負担)の場合は、30,000円前後、保険適用されない場合は、118,800円(消費税込み)の負担となります。

○ その他の留意事項

1. 早期胃癌の診断は、現在保険適用になっていないので自由診療となります。
2. スクリーニング検査は、自由診療となります。
3. 胎児へのFDG移行が報告されており、妊娠中あるいは妊娠の可能性のある女性には原則として行えません。
4. 糖尿病で血糖値のコントロールが不良の方は検査できない場合があります。
5. 検査までに時間が他の検査に比して長いため、介助が必要だと思われる患者さんに対しては原則としてどなたかの付き添いをお願いします。付き添い時には少量ですが被曝を伴うため、その旨事前にご説明願います。
6. **保険適用にならない例**（自費診療扱いで受付対応します）
 - ア) 化学療法や放射線治療の効果判定の目的
 - イ) 再発を疑う強い所見が無い定期的な経過観察目的
 - ウ) 腫瘍マーカー高値のみによる疑い検査目的
 - エ) 非適用疾患（認知症や炎症性疾患）の場合
 - オ) DPC 包括請求で入院中（入院日・退院日を含む）、同一月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合
 - カ) スクリーニング目的、健康診断目的

別表「PET／CT 検査の保険適用要件確認表」

(病名及び具体的な理由を下の表によりそれぞれ該当するものについて確認してください。)

病 名	具体的な理由
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 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、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る。
<input type="checkbox"/> 大型血管炎 (高安動脈炎または巨細胞性動脈炎)	<input type="checkbox"/> すでに大型血管炎と診断のついている患者の、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方
<input type="checkbox"/> 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

上記の悪性腫瘍の場合、以下の6つのうち該当するものに必ずチェックをして下さい。

- 治療前の病期診断
- 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断。例えば、術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における、術前の病期診断、等。
- 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断
- 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- 経過観察などから治療が有効と思われるにも拘わらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合
- 悪性リンパ種の治療効果判定（転移・再発診断の目的に該当するとの見解）

P E T / C T 検査を受けられる患者の皆様へ

検査を受けていただく上での注意事項です。予めよくお読み下さい。

1. 来院時間について

当日は予約時間の15分前までに受診票の発行を行うため、徳島大学病院FAX予約受付にお越し願います。

予約時間には遅れないようにご注意ください。予約時間に遅れた場合には、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなることや、当日の検査ができなくなる場合がありますので予めご了承下さい。

また、予約後、来院できない場合や検査に遅れる場合は、なるべくお早めに高度画像診断センター受付(088-633-9071)までご一報願います。

2. 当日ご持参いただくもの

- ・ 予約受付票
- ・ 保険証等
- ・ 紹介状
- ・ 診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）
- ・ 主治医から預かった書類、フィルム等
- ・ 検査費用 保険適応（3割負担）の場合は30,000円前後、保険適応されない場合は、118,800円の負担となります。



3. 検査前日及び当日の過ごし方等について

- ・ 検査前日と当日は、激しい運動（長時間の歩行等）をお控え下さい。
- ・ 午前中の検査の場合、当日の朝食は絶食してください。午後の検査の場合は当日7時までに朝食1/2程度の摂取はかまいません。以後は絶食してください。検査直前まで、水、お茶は差し支えありませんが、糖分を含んだジュース等とはとらないで下さい。
- ・ 検査当日の糖尿病の血糖降下薬やインスリン注射については主治医にご確認ください。上記以外のお薬は、内服していただいても結構です。
- ・ 持続血糖測定器を装着の方は検査を実施できないので事前に取り外しをお願いします。
- ・ 注射から撮影開始までは、ご案内するまで安静室でお待ち願います。
- ・ 撮影前と後にトイレで排尿していただきます。
- ・ 検査終了後約2時間は、乳幼児・妊産婦との接触を出来るだけお控え下さい。

4. P E T / C T 検査について

(1) 検査の方法等

ブドウ糖に放射化したフッ素(18F)を付けたFDGという薬を静脈注射し、1時間程度安静にさせていただき、その後30分間全身を撮影します。このとき、上向きで寝ていただくことが必要です。検査は安静に寝ているだけで終了します。なお、必要に応じて遅延相撮影(約20分)を行う場合があります。被曝はありますが(胃の透視数回分)、放射線障害が起こることはありません。



(2) 検査の限界

がんの種類によっては、見つかりにくいものもあります。この種のものはいずれも、正確な診断ができないこともありますので、ご理解願います。

(3) F D Gの安全性と副作用

被曝はありますが（胃透視の数回分くらい）、放射線障害が起こることはありません。F D Gの静脈注射による副作用としては、これまでに軽度のアレルギー反応の報告がありますが重篤なものはほとんどありません。

5. 検査後の注意事項

検査後は厚生労働省の指導に基づき、30分から1時間、休憩コーナーで休んでいただきます。

F D Gは主に尿として排泄されますので、検査終了後は水分を多めに摂取し、必ず検査施設内にて排尿した後、ご帰宅いただきます。

また、検査後ご自宅では、いつも通りの生活をしていただいて差し支えありません。授乳については、検査後24時間は控えて下さい。

6. 付き添いについて

日常生活において介助を必要とされる患者さんは、検査の間どなたかの付き添いをお願いしています。付き添いのできない場合は、安全に検査を行うことができないため、検査をお断りすることがあります。また付き添いの方もごく少量ですが被曝を受けます。この被曝によって何らかの障害が起きる可能性はありませんが、できるだけ付き添いには若い女性はお控え下さい。

7. その他

P E T検査の1週間前はバリウムを用いた検査（胃透視、注腸検査）は控えてください。

30分上向きで寝ることができない患者さんは、高度画像センター（088-633-9071）までご相談下さい。

P E T / C T検査に関する問い合わせ先

■ 予約に関すること : 地域医療連携センターFAX予約室
TEL 088-633-9106
FAX 0120-335-812

■ 診療に関すること : 高度画像診断センター受付
TEL 088-633-9071



平成 年 月 日

診療情報提供書(PET/CT検査依頼書)

徳島大学病院 高度画像診断センターFAX 予約票 FAX 0120-33-5979

TEL 088-633-9106

紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

フリガナ				受診希望日	① 月 日(曜日)
患者氏名					② 月 日(曜日)
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 ※電話番号 () -				
徳島大学病院受診歴 (歯科含む)	無 ・ 有 = <input type="checkbox"/> 登録番号()			旧姓・旧住所での受診歴がある際には、お電話にて確認をとらせていただく場合があります。ご了承下さい。	
確定病名					
検査目的	悪性度評価 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ その他()				
症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など)					
検査部位	<input type="checkbox"/> 全身スキャン	頭部から大腿上部まで			
	<input type="checkbox"/> 局所スキャン	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 下肢
フィルム貸出	X線 枚 ・ MRI 枚 ・ CT 枚 ・ その他(枚)				
患者情報	・体重 kg	・手術経験 有 ・ 無			
	・移動 車椅子 ・ 寝台 ・ 独歩可能	・妊 娠 有 ・ 無(月)			
	・腫瘍マーカー ()	・アレルギー 有 ・ 無()			
	異常の有無 有 ・ 無	・授 乳 有 ・ 無			
	・施行した画像診断 CT ・ MRI ・ RI ・ US ・ その他()	・糖 尿 病 有 ・ 無			
	・感染症 STS ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ MRSA ・ その他()	・閉所恐怖症 有 ・ 無			

■ 保険証のコピーを添付してください。

■ FAX受付時間 月~金 9:00~17:00 (土日祝、年末年始は除く)

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りいたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。ご了承ください。時間外・土日祝日は、翌日または休み明けのご返信となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)



PET/CT 検査問診票

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 才 男 ・ 女

PET/CT 検査にあたり、別紙説明書をお読みいただき、以下の質問にお答えください。また、この問診票は検査直前、もしくは検査当日の朝にご記入ください。

【□の当てはまる項目にチェックし、カッコ内をご記入ください】

●身長と体重を教えてください 身長 () cm 体重 () kg

●PET/CT 検査を受けたことがありますか □はい □いいえ

●最後に食事をとったのはいつですか □昨日 □本日 () 時頃

その後、水・お茶以外のものを飲みましたか □はい □いいえ
「はい」の場合 いつ頃 () 時頃 何を ()

●1週間以内にバリウムを使った胃や腸の検査を受けましたか □はい □いいえ

●3か月以内に内視鏡検査(胃カメラ・大腸カメラ・気管支鏡検査等)を受けましたか □はい (月 日) □いいえ
その際組織検査をされましたか □はい □いいえ

●今までに糖尿病と言われたことがありますか □はい □いいえ
「はい」の場合 現在の治療は
□無治療 □食事・運動療法 □飲み薬 □インスリン注射

●喫煙歴を教えてください □あり □なし
「あり」の場合 () 本/日 () 年間
禁煙している場合 いつ () から禁煙

●本日の自覚症状があれば、該当するものに○を付けてください
発熱 ・ 咳 ・ のどの痛み ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 頭痛
歯や歯茎の痛み ・ その他 ()

●現在の病気の他に治療や手術をしたことがありますか □はい □いいえ
「はい」の場合、以下をご記入ください

病名 () □手術 □化学療法 □放射線治療 □その他 (年 月)
病名 () □手術 □化学療法 □放射線治療 □その他 (年 月)
病名 () □手術 □化学療法 □放射線治療 □その他 (年 月)
病名 () □手術 □化学療法 □放射線治療 □その他 (年 月)
病名 () □手術 □化学療法 □放射線治療 □その他 (年 月)

●以下の病気の手術や治療をしたことがありますか

- 骨折 ない
ある 部位() 手術 ギプス固定 その他 いつ()
- リウマチ ない
ある 薬物治療 その他 いつ()
- 肺炎 ない
ある 薬物治療 その他 いつ()
- 結核 ない
ある 手術 薬物治療 その他 いつ()
- 大腸ポリープ ない
ある いつ()
-

●手術やけがなどで体内に金属が入っていますか

- (脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカーなど) ない
ある 何が()
どこに()
-

●義歯はありますか ない ある

(外せる歯は外します)

●ウィッグをつけていますか ない ある

(金具の付いているものは外します)

●人工肛門、腎瘻などがありますか ない ある

●現在、透析治療を受けていますか いいえ はい

女性の方のみお答えください

●現在、月経はありますか ある ない (閉経した)

<ある方のみお答えください>

●月経周期 (最終月経日) ()日 (月 日 ~ 月 日)

●妊娠の可能性はありますか ない ある

●授乳中ですか いいえ はい

<PET/CT 検査同意書>

徳島大学病院長 殿

私は、担当医師から PET/CT 検査に関する説明を聞き、内容を理解した上で検査を受けることに同意します。

また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、必要な処置等を受けることにも同意します。必要に応じて追加撮影を行う場合や、画像データ（匿名化のみ）を研究に使用することにも同意します。

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名： _____

保護者又は
代理人署名： _____

続柄（患者の _____）

同意書確認署名（検査依頼医署名）：

同意書確認署名（検査担当医署名）：

高度画像診断センター案内図

