

## PET-CT依頼書(診療情報提供書)

紹介元 医療機関		担当医師	科	医師
所在地		連絡先	TEL:( )	—
			FAX:( )	—
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診	当院 ID		
フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日	
住所	〒 —			
連絡先 (連絡可能な番号)	優先順位① 自宅・携帯・勤務先 ( ) —	優先順位② 自宅・携帯・勤務先 ( ) —		
PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(前回 : 年 月)		

## 検査依頼情報

紹介目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療
保険適用条件	<input type="checkbox"/> 早期胃がんを除く悪性腫瘍 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に用いる。 <input type="checkbox"/> 心臓(サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 大型血管炎
保険病名	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 悪性骨軟部腫瘍(部位: ) <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他( )
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他( )
臨床経過 腫瘍マーカー 放射線治療 手術歴等を 記入下さい	

## 患者情報

身体情報	身長 cm 体重 kg	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※必ずご記入ください	30分程の静止 (仰向け)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )		
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※当日手帳を持参下さい	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

### 検査・処置に関する説明と同意書

I D	患者氏名	性別	生年月日	年齢	才
説明年月日 _____					
説明場所 _____					
説明医師 <span style="float:right;">⑩</span>			説明医師 _____ <span style="float:right;">⑩</span>		
病院同席者 <span style="float:right;">⑩</span> (職種 _____)					
病名 1 _____ 2 _____ 3 _____					

#### 説明内容

#### FDG-PET/CT検査を受けられる患者様へ

##### 1. PET-CT検査について

PET検査とは陽電子放出断層撮影のことです。当院では、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)という薬剤を静脈注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝機能を画像化することにより、主として腫瘍の診断をするFDG-PET/CT検査を行います。PET/CT検査では、同時にCT撮影を行い、形態情報を画像化することでより詳細な画像診断を行うことができます。

##### 2. 検査の安全性について

PET検査薬はブドウ糖によく似た形の薬ですので、アレルギー等の副作用の心配はありません。PET検査薬による被ばく線量は、胃透視検査と同程度といわれています。PET-CT検査では、これにCT撮影による被ばくも加わりますが、これらの線量では放射線障害が起こることはありません。

##### 3. FDG-PET/CT検査の限界について

FDGは糖代謝の盛んな脳、心臓、肝臓に強く集積します。また尿から排泄されますので、腎臓、尿管、膀胱にも集積します。胃や大腸にも生理的に薬剤が集積する場合があります。そのためこれらの臓器の診断は難しくなります。

FDGはがんだけでなく炎症性疾患や一部の良性疾患にも集積します。  
1cm以下の小さながん、糖代謝の低いがん、細胞密度の低いがんは診断できない場合があります。  
PET-CT検査には限界があり、すべてのがんを検出できるわけではないことをご理解ください。

##### 4. 血糖値の測定について

PET検査薬は血液中の糖の値に影響を受けますので、検査直前に血糖の簡易測定を行います。血糖値が高い場合は診断能力が低下するため、検査を中止することがあります。

##### 5. 検査のキャンセルについて

PET検査薬は有効期限が非常に短く、高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されますので、検査をキャンセルされる場合はできるだけ早くご連絡ください。

連絡なく来院されなかった場合は、PET検査薬の実費(約48,000円)を徴収させていただく場合がありますので、ご了承ください。

\_\_\_\_\_年 月 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)  
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 同席者 \_\_\_\_\_ ⑩

※署名があれば捺印は不要です。 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

続柄 ( \_\_\_\_\_ )

※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

### 検査・処置に関する説明と同意書

I D	患者氏名	性別	生年月日	年齢	才
説明年月日 _____					
説明場所 _____					
説明医師 <span style="float:right;">Ⓜ</span>			説明医師 <span style="float:right;">Ⓜ</span>		
病院同席者 <span style="float:right;">Ⓜ</span>			(職種 _____)		
病名 1 _____		2 _____		3 _____	

**説明内容**

**FDG-PET/CT検査を受けられる患者様へ**

**1. PET-CT検査について**  
 PET検査とは陽電子放出断層撮影のことです。当院では、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) という薬剤を静脈注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝機能を画像化することにより、主として腫瘍の診断をするFDG-PET/CT検査を行います。PET/CT検査では、同時にCT撮影を行い、形態情報を画像化することでより詳細な画像診断を行うことができます。

**2. 検査の安全性について**  
 PET検査薬はブドウ糖によく似た形の薬ですので、アレルギー等の副作用の心配はありません。PET検査薬による被ばく線量は、胃透視検査と同程度といわれています。PET-CT検査では、これにCT撮影による被ばくも加わりますが、これらの線量では放射線障害が起こることはありません。

**3. FDG-PET/CT検査の限界について**  
 FDGは糖代謝の盛んな脳、心臓、肝臓に強く集積します。また尿から排泄されますので、腎臓、尿管、膀胱にも集積します。胃や大腸にも生理的に薬剤が集積する場合があります。そのためこれらの臓器の診断は難しくなります。  
 FDGはがんだけでなく炎症性疾患や一部の良性疾患にも集積します。  
 1cm以下の小さながん、糖代謝の低いがん、細胞密度の低いがんは診断できない場合があります。  
 PET-CT検査には限界があり、すべてのがんを検出できるわけではないことをご理解ください。

**4. 血糖値の測定について**  
 PET検査薬は血液中の糖の値に影響を受けますので、検査直前に血糖の簡易測定を行います。血糖値が高い場合は診断能力が低下するため、検査を中止することがあります。

**5. 検査のキャンセルについて**  
 PET検査薬は有効期限が非常に短く、高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されますので、検査をキャンセルされる場合はできるだけ早くご連絡ください。  
 連絡なく来院されなかった場合は、PET検査薬の実費 (約48,000円) を徴収させていただく場合がありますので、ご了承ください。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)  
 また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ Ⓜ      同席者 \_\_\_\_\_ Ⓜ  
 ※署名があれば捺印は不要です。      続柄 ( \_\_\_\_\_ )

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ Ⓜ  
 続柄 ( \_\_\_\_\_ )  
 ※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

# FDG-PET/CT検査問診票

患者ID		氏名		生年月日		性別/年齢	
検査日時				診療科			

PET-CT検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

## 問 診 項 目

1. 現在の身長と体重を記入して下さい。

身長 \_\_\_\_\_ cm          体重 \_\_\_\_\_ kg

2. 今までにPET検査を受けたことがありますか？

いいえ       はい      (いつ頃： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
(どこで：  当院           他院 )

3. 心臓ペースメーカーまたはICD（植込み型除細動器）等を体内に植込んでいますか？

いいえ       はい      ※「はい」と答えた方は検査当日手帳を持参してください。

4. 狭いところが苦手（閉所恐怖症）ですか？

いいえ       はい

5. 約30分間の撮影時間中、安静に仰向けで寝ていることができますか？

いいえ       はい

6. 糖尿病と言われたことがありますか？

いいえ       はい

※「はい」と答えた方は現在の治療法についてお答えください。

(  未治療       食事療法       内服薬療法       インスリン注射療法 )

7. 女性の方にお伺いします。

現在、授乳中、妊娠している、またはその可能性がありますか？

いいえ       はい      (  授乳中       妊娠中       妊娠の可能性あり )

この問診票に記載されている事項は、検査の情報として使うものであり、それ以外には使用いたしません。

## FDG-PET/CT 検査 持参物

保険証

検査同意書

主治医からの紹介状や CD

検査費用（3割負担の方で約3万円）

お水または甘くないお茶

※当日の肌着はファスナーなど金属のないものを着用してください

### お持ちの方

甲南医療センター診察券

お薬手帳

ペースメーカー手帳

### 必要な方は、

ストマ用パウチの予備

おむつ

痛み止め薬

咳止め薬

ウィッグの代わりに金属類のない帽子

低血糖発作用のブドウ糖