甲南医療センター 【FAX 078-854-4158】

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:（　　）　　ー FAX:（　　）　　ー

当院受診歴	□ 初診　　□ 再診	当院 ID	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		□ 男 □ 女	西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日
住所	〒　　ー		
連絡先 （連絡可能な番号）	優先順位①　自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 （　　）　　ー	優先順位②　自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 （　　）　　ー	
PET検査歴	□ 無　　□ 有　　（前回 :　　年　　月）		

検査依頼情報

希望日時	①　　年　　月　　日　　曜日 来院(検査)時間　□9:20(10:50)　□11:20(12:50)　□13:20(14:50)
	②　　年　　月　　日　　曜日 来院(検査)時間　□9:20(10:50)　□11:20(12:50)　□13:20(14:50)
紹介目的	□ 保険診療　　□ 自由診療
保険適用条件	□ 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。 ※原発不明癌の場合は転移巣が画像診断、生検等で疑われ、かつ腫瘍マーカー高値を示すなど、悪性腫瘍の存在が疑われるが原発巣が不明な場合のみ適用
	□ 心臓（サルコイドーシス）　□ てんかん　□ 大型血管炎
保険病名	□ 肺癌　□ 悪性リンパ腫　□ 頭頸部癌　□ 乳癌　□ 食道癌　□ 胃癌 □ 大腸癌　□ 膵癌　□ 肝癌　□ 子宮癌　□ 卵巣癌　□ 悪性黒色腫 □ 悪性骨軟部腫瘍（部位:　　）　□ 原発不明癌　※上記適用条件確認してください □ その他（　　）
検査目的	□ 病期診断　□ 転移・再発診断　□ 治療効果判定　□その他（　　）
画像検査実施状況 実施日記載	□ MRI（　月　日）□ CT（　月　日）　□ X線検査（　月　日）□その他（　　） ※腫瘍マーカー検査のみ実施の場合は自由診療となります。
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	告知の有無	□ 無　□ 有　※必ずご記入ください
移動方法	□ 独歩　□ 車椅子　□ ストレッチャー　□ その他（　　）		
排尿	□ 自立　□ 導尿　□ オムツ　□ その他（　　）		
ペースメーカー ICD	□ 無　□ 有　**※当日手帳を持参下さい**	30分程の静止 （仰向け）	□ 可　□ 不可
糖尿病	□ 無　□ 有	感染症	□ 無　□ 有（　　）
閉所恐怖症	□ 無　□ 有	妊娠	□ 無　□ 有

甲南医療センター　〒658-0064　神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16
患者サポートセンター　FAX 078-854-4158

（紹介用）

患者ID		性別/年齢	/
氏名		診療科/病棟	/
生年月日		紹介元施設	

FDG-PET/CT検査予約票

※ 当日、500mlの水（糖分を含まないもの）をご持参ください。

来院日時 ：

注射時間 ：

撮影時間 ：

≪PET-CT検査に関する注意事項です。必ずお読みください。≫

１．来院時間

検査当日は**来院時間まで**に初診受付にて手続きを行ってください。
この予約票と初診受付より渡されるファイルをもって、受付16番 PETセンター（核医学検査）へお越しください
※予約時間に遅れますと**大幅に検査開始時間を変更**させていただく場合や、
検査を受けられない場合があります。

２．食事について

血糖に影響される検査のため注射時間の**６時間前から絶食**してください。（ガム、飴を含む）
絶食中の飲水は可能ですが、水・ブラックコーヒー以外は飲まないでください。
（どちらも糖分を含まないもの）
食事、糖分を含んだ飲料は検査に影響を及ぼし、正しい診断ができなくなります。

３．服薬について

次の薬（**ジャディアンス・フォシーガ**）は、検査当日朝から検査終了まで中止してください。
血糖降下薬またはインスリン注射は**絶食している間は中止**してください。
糖尿病薬以外の服薬に関しては通常通り服用してください。

４．その他注意事項

（１）検査前日から筋肉疲労が残るような、**運動や力仕事は行わないでください**。
（２）妊娠中の方は検査できません。
（３）授乳中の方は薬剤注射後24時間、授乳を避けてください。
（４）PET検査薬注射後12時間は乳幼児や妊産婦との長時間の接触はできるだけお控えください。

５．検査予約の変更やキャンセルについて

検査予約の変更やキャンセルされる場合は、必ず**検査前日12時までに紹介元医療機関**へ
ご連絡の上、ご相談ください。　（検査日が休み明けの場合は休日前になります）

※連絡なくキャンセルされた場合や、当日のキャンセル、予約時間に遅れて検査が出来なかった場合、
検査に使用する薬剤の**費用を請求する**場合があります。

◎検査前日に来院時刻などのご確認の電話をさせていただきますがご了承ください。
（検査日が休み明けの場合は休日前になります）

公益財団法人
甲南会
甲南医療センター
代表（TEL） 078-851-2161

〒658-0064　神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

（病院控え）

検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ ＿＿＿＿＿＿ 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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ （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。

公益財団法人 甲南会
甲南医療センター・六甲アイランド甲南病院

（患者様控え）

検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ ＿＿＿＿ 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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　　説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ （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。

公益財団法人　甲南会
甲南医療センター・六甲アイランド甲南病院

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．下記の薬を服用されていますか？
服用されている場合は、検査当日朝から検査終了まで服用を中止してください。

□　いいえ　　□　はい　　（　□　ジャディアンス　　□　フォシーガ　）

8．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

・マイナ保険証または、資格確認書
・検査同意書、問診票
・主治医からの紹介状やCD（他院からの紹介の方）
・検査費用（3割負担の方で約3万円）
・お水（糖分の入っていないもの）
※フレーバー入りミネラルウォーターについては、「無糖」と表記されていても
　果汁やはちみつが含まれていることがありますので、ご注意ください。

※検査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
・ウィッグの代わりの金属類の無い帽子
・低血糖発作用のブドウ糖