

次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

PET-CT

診療情報提供書

■ 依頼元コード：

予約 TEL

0120-973-019

依頼票 FAX

029-853-0071

月～金

9：00～18：00

土

9：00～13：00

日・祝

休診

次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

〒305-0005 茨城県つくば市天久保 2-1-16

代表電話番号：029-875-9970

依頼票 FAX 先：029-853-0071

予約電話番号：0120-973-019

インターネットによる検査予約も可能です。お気軽にお問い合わせ下さい。

PET-CT 検査をご依頼くださる医療機関の先生へのご案内

PET-CT 検査 紹介状（診療情報提供書）記載上のお願ひ

1. PET-CT 検査 紹介状には、詳細な傷病名、症状経過、検査結果、治療経過などの記載をお願いいたします。糖尿病に関する情報は特に重要です。空腹時血糖値と現在使用中の糖尿病薬についての情報をお知らせください。また、検査計画の上で、身長・体重の情報が必要ですので必ず記載ください。
2. 画像診断結果、病理検査結果、腫瘍マーカーの情報についても施行年月日と結果をお知らせください。また、検査当日は必ず貴院で施行された CT や MRI 等の参考画像を患者様に持参させて頂くようお願いいたします。
3. 報告書は 1 週間以内にお手元にお届けできるようにいたします。結果が早急に必要な場合は、その旨お知らせください。

注意事項

1. 保険適応のご確認
PET-CT 検査の保険適応は厳しく制限されており、疾患や目的によっては検査費用は患者様の自己負担になります。この点について、ご理解、ご説明の程よろしくをお願いいたします。
2. PET-CT 検査の内容についてのご説明
 ^{18}F -FDG（フルオロデオキシグルコース）というブドウ糖代謝の指標となる放射性医薬品を注射し、体内の放射能の分布を PET-CT 装置で画像化します。ブドウ糖代謝の盛んな腫瘍や炎症の病巣の診断ができます。
 ^{18}F は半減期 110 分と半減期が短く被曝は微量で放射線障害の心配はほとんどありません。FDG 自体も、副作用は全くない安全な医薬品です。
3. 検査前の注意事項についてのご説明
 - ① ブドウ糖の代謝状態を正しく診断するため、検査前 6 時間は絶食してください。
 - ② ジュースなど砂糖の入った飲み物や菓子などを飲食しないでください。
砂糖のっていないお茶や水は自由に飲んでください。
 - ③ 糖尿病あるいは血糖値の高い方は申し出ください。
 - ④ 点滴をしている方は、ブドウ糖のっていない生理食塩水などに切り替えてください。
 - ⑤ 当日は、糖尿病のお薬は服用できません。ただし、糖尿病以外のお薬は服用なさってかまいません。
4. 検査方法についてのご説明
 - ① お薬（FDG）を静脈注射します。血糖値の測定も行います。
 - ② 体内の薬剤が撮影に適した状態になるまで約 1 時間、静かに待ちます。
 - ③ 薬剤は尿に排泄されるため、トイレで排尿した後に撮影します。
きれいな画像を撮影するため、注射前後にお茶や水を飲んでいただきます。
 - ④ 撮影時間は約 30 分です。

ご予約方法

- 手順 1・・・0120-973-019 へお電話ください。
- 手順 2・・・検査予約日時が決まり電話を終えましたら、1 枚目の下記項目をご記入ください。
①患者様情報 1、②貴院情報、③予約日時、④診療区分、⑤診療種別・病名・検査目的、
⑥臨床経過等、⑦検査部位、⑧患者様情報 2
- 手順 3・・・3 枚目の検査予約票裏面（PET-CT 検査に関する説明および同意書）について患者様にご説明・署名後、患者様にお渡しください。
- 手順 4・・・依頼票 1 枚目を当センターまで FAX 送信ください。 FAX029-853-0071

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

(PET-CT用)

診療情報提供書

次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

2

依頼元コード

紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 予約日時

月

日

曜日

午前
午後

時

分来院

4 診療区分

保険診療

包括医療

自費診療(検診)

5 診療種別

病名

検査目的

保険診療

悪性腫瘍

病名:()
※早期胃がんは保険適用外です

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。
(注) 疑い病名の場合は保険適応となりません。

病期診断

転移・再発診断

てんかん

難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に用いる。
※手術が前提にない場合は保険適用となりません。

自費診療

その他

病名:()

上記の病名および検査目的に該当しない場合は自由診療となります。
平成22年度の改定により、「肺がん疑い」、「大腸がん疑い」は保険適応となりません。

スクリーニング

経過観察

効果判定

6 臨床経過等 (病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等)

● 病理診断・臨床診断・臨床経過

● 画像所見 CT MR US RI その他 () 当日画像持参
診断精度向上の為、最近施行されたCT, MRI等の検査画像を、検査当日に患者様でご持参いただくようお願いいたします。

7 検査部位

ルーチン(頭頂部~大腿部)

脳

その他(撮影領域:)

8 患者様情報2

● 身長 (cm) / 体重 (kg)	● 糖尿病 : 無 有
● 手術歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	● 視聴覚障害 : 無 有
● アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	● 認知症 : 無 有
● 移動手段 : <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	● 妊娠 : 無 有
● 感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ()	● 授乳 : 無 有
● 腫瘍マーカー: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高値(項目:)	● 閉所恐怖症 : 無 有

予約 TEL 0120-973-019

FAX 番号 029-853-0071

①つくば画像検査センター用 (FAX・患者様持参用)

1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

(PET-CT用)

診療情報提供書

次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

2

依頼元コード

紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

3 予約日時

月

日

曜日

午前
午後

時

分来院

4 診療区分

 保険診療 包括医療 自費診療(検診)

5 診療種別

病名

検査目的

保険診療

 悪性腫瘍

病名:()

※早期胃がんは保険適用外です

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。
(注) 疑い病名の場合は保険適応となりません。 病期診断 転移・再発診断 てんかん難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に用いる。
※手術が前提にない場合は保険適用となりません。

自費診療

 その他

病名:()

上記の病名および検査目的に該当しない場合は自由診療となります。
平成22年度の改定により、「肺がん疑い」、「大腸がん疑い」は保険適応となりません。 スクリーニング 経過観察 効果判定

6 臨床経過等 (病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等)

● 病理診断・臨床診断・臨床経過

● 画像所見 CT MR US RI その他() 当日画像持参
診断精度向上の為、最近施行されたCT, MRI等の検査画像を、検査当日に患者様をご持参いただくようお願いいたします。

7 検査部位

 ルーチン(頭頂部~大腿部) 脳 その他(撮影領域:)

8 患者様情報2

● 身長 (cm) / 体重 (kg)	● 糖尿病 : 無 有
● 手術歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	● 視聴覚障害 : 無 有
● アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	● 認知症 : 無 有
● 移動手段 : <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	● 妊娠 : 無 有
● 感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()	● 授乳 : 無 有
● 腫瘍マーカー: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高値(項目:)	● 閉所恐怖症 : 無 有

予約 TEL 0120-973-019

FAX 番号

029-853-0071

② 貴院控え

(PET-CT用)
診療情報提供書

次世代分子イメージング
つくば画像検査センター

依頼元コード

紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

予約日時

月

日

曜日

午前
午後

時

分来院

診療区分

保険診療

包括医療

自費診療(検診)

検査にあたってのご注意

飲食制限について

検査前の6時間は絶食を必要とする検査です。お食事は、予約時間の5時間前までに済ませてください。また、ジュースやスポーツ飲料、乳製品、ガム、飴等は検査に影響が出ますので、お控えください。糖分の含まれていない飲み物(水・お茶)は飲んでかまいません。

薬の服用について

糖尿病の方・・・検査当日の糖尿病の薬(内服・インスリン)は使用せず、ご持参ください。
※血糖値が150mg/dl以上の場合、正確な診断が出来ない場合があります。
糖尿病以外のお薬・・・内服いただいても結構です(高血圧の薬、鎮痛剤等、医師から処方されている薬)

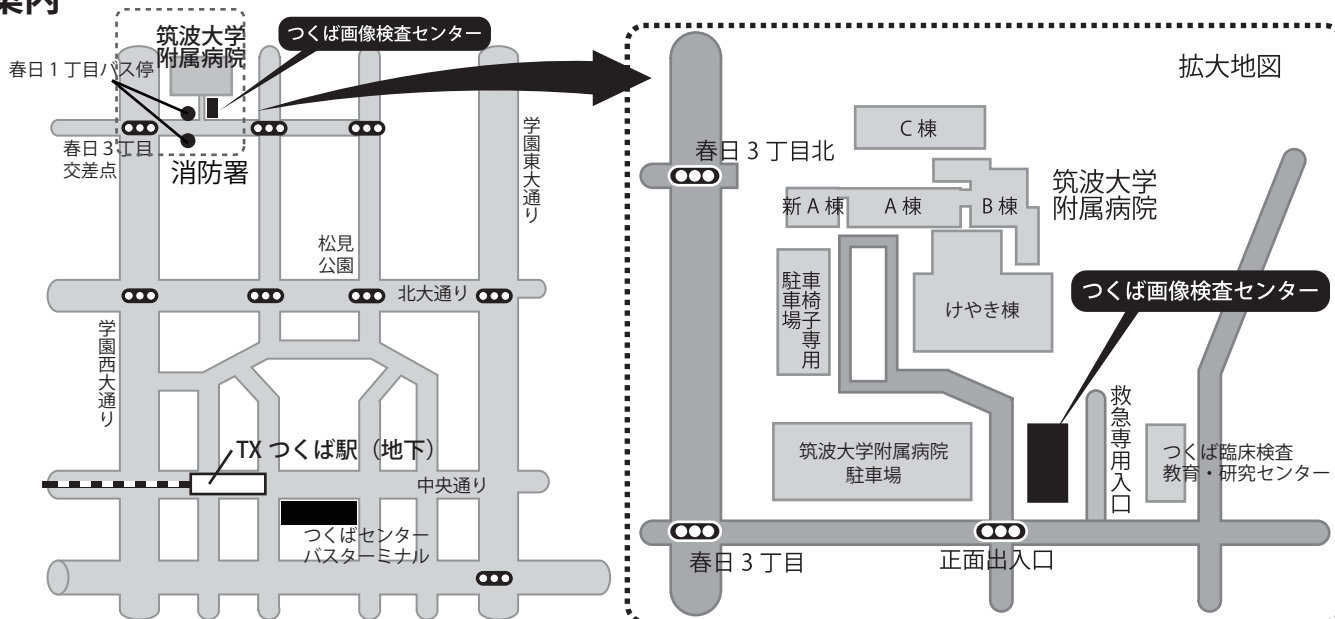
運動や作業

検査前日および当日は、激しい運動や身体に負担のかかる作業は避けてください。

ご来院について

検査当日は、①検査依頼票(本書)、②保険証、③主治医からのフィルムもしくはCD(ある方のみ)をご持参のうえ、上記のご予約時間に、当センターへご来院ください。
また、長距離の自動車・バイクの運転によるご来院は、出来るだけお控えください。
(検査薬が筋肉に集まります。付き添いの方の運転や公共交通機関をご利用ください)

ご案内



● 鉄道・バスをご利用の方へ

つくばセンターバスターミナル6番のりばからバスで5~10分
行き先: 筑波大学病院行き 降車: 春日一丁目バス停

● お車でのご越しの方へ

当センター専用の駐車場には限りがございます。
満車の場合は、近隣の有料駐車場をご利用ください。

次世代分子イメージング

つくば画像検査センター

〒305-0005 茨城県つくば市天久保 2-1-16

☎ 0120-973-019

月~金 9:00~18:00

土 9:00~13:00

日・祝 休診

PET-CT 検査に関する説明および同意書

1. PET-CT 検査と安全性について

PET 検査は、放射性同位元素（ ^{18}F ）で標識されたフルオロデオキシグルコース（ ^{18}F -FDG）という薬剤を注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝の状態をみることでがん等の疾患を診断する検査です。

当センターの PET-CT 装置ではこの PET 画像と従来の X 線 CT の画像を同時に撮影することで、より情報の多く精度の高い検査が行えます。

使用する ^{18}F -FDG は、放射性医薬品です。この薬剤による副作用の心配はありません。PET 検査 1 回の被ばく量は胃のバリウム検査とほぼ同等で、この被ばく線量に X 線 CT 撮影の被ばく線量が加わりますが放射線障害の心配はありません（ただし、妊娠している方、小児の検査についてはご相談下さい）。

2. 検査の保険診療について

保険適応は、早期胃がんを除く悪性腫瘍、虚血性心疾患、てんかんです。保険適応の場合、自己負担額は約 3 万円（3 割負担の場合）です。しかし、その適応には厳しい条件が設定されており、適応疾患でも自費診療となる場合があります。保険適応外や検診の場合は自費診療となり、約 10 万円（税込み）になります。検査予約の段階で保険適応とならない場合は、主治医を通じてご連絡させていただきます。

3. PET-CT 検査の限界について

PET-CT 検査のみで診断が確定するものではありません。見つかりにくい腫瘍や転移病巣があり、他の検査と併用が必要になる場合があります。見えにくいがんの特徴としては、ブドウ糖の取込みが少ないがん（早期がん、悪性度の低い癌）や、薄く広がり塊をつくらぬ表在がん、正常でも FDG が集まる脳や肝臓などに発生したがんが存在します。

○見えない、または見えにくいがん

肺がんの一部（高分化がん）、1cm 未満のがん、腎臓がん、尿管がん、膀胱がん、前立腺がん、表在癌（早期胃がん等）、胃のスキルスがんや印環細胞がん、肝細胞がん（低分化なものを除く）

4. 検査の注意点について

1. 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができない場合があります。
2. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器を装着されている方は CT 検査が出来ない場合があります。
3. 空腹時血糖値が 150mg/dl を超える場合は、正確な診断が期待できない場合があります。（血糖値が非常に高い場合には当日の検査ができないことがあります。）
4. 来院受付からお帰りまでの所要時間は約 3 時間です。
5. 検査結果は、1 週間以内に主治医へ郵送させていただきます。
6. キャンセルもしくは日時を変更される場合は、検査前日の 16 時までに必ずご連絡ください。

5. その他

当画像検査センターでは、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。この際、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ありませんのでご安心ください。

また、PET-CT 検査結果を学会や学術雑誌に発表あるいはより多くの方に検査を知って頂くために使用することがありますが、個人情報につきましては情報管理に万全を期すとともに氏名などのプライバシーは一切公表することはありませんのでご理解ください。

私は上記の説明を十分理解した上で検査を受診す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、それを受けることを了承します。

平成 年 月 日

ご本人

署名

住所 〒 ー

説明担当医

署名