

AIC PET-CT検査

紹介状（診療情報提供書）

AIC 画像検査センター



依頼元コード



ご予約TEL

0120-973-019



依頼票FAX

029-853-0071



診療時間

月～金 8:30～18:00

日・祝 休診

土

9:00～13:00

ご予約方法は表紙の裏面にてご案内しております



検査依頼票は5枚1組です

1枚目 紹介状

AIC画像検査センター用
(FAX・患者様持参用)

2枚目 紹介状

貴院控え

3枚目 予約票

患者様検査当日持参用
(ご来院前の確認事項)

4枚目 説明書・同意書

5枚目 地図

AIC 画像検査センター

茨城県つくば市天久保2-1-16 筑波大学附属病院

AIC画像検査センターは、AIC八重洲クリニック、筑波大学附属病院にて開設している Advanced Imaging Center です

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ご記載ください。
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CTやMRI等の参考画像がある場合は、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、その旨を事前にお知らせください。

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全額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. 検査方法についてのご説明

- ① 血糖値の測定を行い、お薬(FDG)を静脈注射します。
※点滴をしている方は、ブドウ糖の入っていない生理食塩水などに切り替えてください。
- 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 薬剤は尿として排泄されるため、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…検査依頼内容が決まりましたら、☎0120-973-019 へお電話ください。

手順2…予約電話を終えましたら、1枚目の紹介状の④来院日時と下記項目をご記入ください。

- ① 患者様情報1 ② 紹介元医療機関 ③ 診療区分 ⑤ 貴院結果説明日
⑥ 造影の有無 ⑦ 傷病名、検査目的 ⑧ 臨床経過等 ⑨ 患者様情報2 ⑩ 画像・レポートについて

手順3…3枚目の予約票 裏面(検査にあたってのご注意、検査料金、検査当日について)と

- 4枚目表面(PET-CT 検査に関する説明書)を患者様にご説明いただき、
4枚目裏面(同意書)にご署名後、患者様にお渡しください。

手順4…1枚目の紹介状を当院までFAXにてお送りください。☎029-853-0071

※事前FAXが出来ない場合、当院へお電話ください。

手順5…1枚目の紹介状を封をした状態で患者様にお渡しいただき、検査当日に3枚目の予約票、

- 4枚目の説明書・同意書と一緒に持参いただくようお願いください。
また、5枚目の地図もお渡しください。

当院の造影一任の判断基準について

造影剤を利用することで様々な情報が得られますが、造影剤には副作用が発生する可能性があることから、当院へ造影剤の使用判断を一任された検査につきましては、以下の基準により造影剤使用判断を行っています。
ご理解の程、宜しくお願い致します。

1. 単純検査画像確認時に腫瘍性病変が確認されない場合

原則として単純検査へ移行します。ただし、腫瘍性病変の存在確認を目的とした検査であり、造影を行うことで小病変の有無が明瞭となると考えられる場合、肉眼的に血尿が確認できる場合には造影検査を行います。

2. 単純検査画像確認時に病変が確認された場合

造影検査により追加情報が得られる可能性が高いと判断される場合に造影検査を行います。

造影検査により、追加情報が得られる可能性が高いと判断される場合の例

- (1) 病変が血管豊富な腫瘍あるいは血管性病変と想定される場合
- (2) 腫瘍と血管との関係を確認したい場合
- (3) 造影されるパターンで腫瘍の鑑別診断が確定されるもの
- (4) 腫瘍の深達度診断、術前診断
- (5) 血管の走行・正常変異の血管の有無などの確認が必要な場合

1 患者様情報 1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏 名

生年月日

男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号

E-Mail

自宅・勤務先・その他 ()

紹介状(診療情報提供書) PET-CT用

TEL0120-973-019 FAX029-853-0071

2 紹介元医療機関 依頼元コード

(名 称)

(所在地)

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話
または内線番号

内線

3 診療区分

☐ 保険診療

☐ 自費診療(検診)

検査区分

PET-CT

4 来院日時

20 年 月 日 曜日
午前・午後 時 分

5 貴院結果説明日

☐ 未定 ※お決まりであれば教えてください
月 日 曜日
午前・午後 時 分

6 造影の有無

☐ 無 ☐ 有
☐ 一任

当院医師が造影の必要性を
判断します

7 傷病名

☐ 悪性腫瘍

病名

癌
腫

検査目的

☐ 病期診断

癌確定後の術前病期診断だけでなく、放射線治療、
抗癌剤治療後の次の治療前病期診断を含む

☐ 治療効果判定

保険適用は悪性リンパ腫のみ。その他の癌で
次の治療前病期診断に該当しない場合は自費

☐ 転移・再発診断

保険適用は他の検査にて再発・転移が
疑われる場合

☐ スクリーニング

自費診療のみの対応となります

☐ 心サルコイドーシス

☐ 心サルコイドーシスの確定している方

炎症部位の診断

☐ サルコイドーシスの確定している方で心電図、
心エコーで心サルコイドーシスを疑う場合

心サルコイドーシスの診断

☐ てんかん(難治性)

難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる(術前)の方

☐ 大血管炎

高安動脈炎等の大血管炎において、他の検査で病変の局在
又は 活動性の判断のつかない方

造影 有 または 一任の場合

・造影剤副作用歴

☐ 無 ☐ 有(CT ヨード) 有は造影不可

・気管支喘息

☐ 無(造影可) ☐ 有(造影不可)

(注) 気管支喘息ではなく、咳喘息であれば造影が出来ますので
無に☑をしてください。

・小児喘息の成人後発作 ☐ 無(造影可) ☐ 有(造影不可)

・腎障害

☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明

測定値: クレアチニン () mg/dl

検査日:

☐ eGFR30以上(原則として造影可) ☐ 未満(造影不可)

☐ 透析中(CT可)

・薬剤アレルギー ☐ 無 ☐ 有(薬剤名:)

・感染症 ☐ 無 ☐ 有(名称:) ☐ 不明

8 臨床経過等(病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等) ☐ 別紙参照

●検査所見

病理(部位:) ☐ 有 ☐ 無(☐ 生検困難 ☐ その他)

※病理ができない場合、または病理で悪性と確定されなかった場合、以下の項目の検査が必要です。

☐ CT ☐ MRI ☐ US ☐ RI ☐ 腫瘍マーカー ☐ その他()

☐ CT造影が困難なため未実施

困難な事由: ☐ 喘息 ☐ 副作用歴 ☐ 腎機能 ☐ その他()

●臨床診断・臨床経過

9 患者様情報 2 身長 () cm / 体重 () kg

手術歴 : ☐ 無 ☐ 有 ()

移動手段: ☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

視聴覚障害: ☐ 無 ☐ 有

アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 ()

糖尿病 : ☐ 無 ☐ 有

認知症 : ☐ 無 ☐ 有

妊娠初期3ヶ月以内 もしくは 妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は原則検査不可

体内埋め込み型除細動器(全メーカー) ☐ 無 ☐ 有 有の場合は業者立ち合いが必要です。必ずご記入ください。

10 画像・レポートについて

画像 CD ☐ Viewer付 ☐ Viewer無

送付 ☐ 宅配便(有料) ☐ 郵便(無料)

☐ 患者様持帰り(無料)

レポート 通常 ☐ 宅配便(有料) ☐ 郵便(無料)

送付 お急ぎ ☐ 出来次第 FAX(無料)

画像・レポートを郵便(無料)と選択すると送料は掛かりません▲



PET-CT検査紹介状(診療情報提供書)

①AIC画像検査センター用(FAX・患者様持参用)

202105

① 患者様情報 1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏 名

生年月日

男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号

E-Mail

自宅・勤務先・その他 ()

紹介状(診療情報提供書) PET-CT用

TEL0120-973-019 FAX029-853-0071

② 紹介元医療機関 依頼元コード

(名 称)

(所在地)

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話
または内線番号

内線

③ 診療区分

☐ 保険診療

☐ 自費診療(検診)

検査区分

PET-CT

④ 来院日時

20 年 月 日 曜日
午前・午後 時 分

⑤ 貴院結果説明日

☐ 未定 ※お決まりであれば教えてください
月 日 曜日
午前・午後 時 分

⑥ 造影の有無

☐ 無 ☐ 有
☐ 一任

当院医師が造影の必要性を判断します

⑦ 傷病名

☐ 悪性腫瘍

病名

癌腫

検査目的

☐ 病期診断

癌確定後の術前病期診断だけでなく、放射線治療、抗癌剤治療後の次の治療前病期診断を含む

☐ 治療効果判定

保険適用は悪性リンパ腫のみ。その他の癌で次の治療前病期診断に該当しない場合は自費

☐ 転移・再発診断

保険適用は他の検査にて再発・転移が疑われる場合

☐ スクリーニング

自費診療のみの対応となります

☐ 心サルコイドーシス

☐ 心サルコイドーシスの確定している方

炎症部位の診断

☐ サルコイドーシスの確定している方で心電図、心エコーで心サルコイドーシスを疑う場合

心サルコイドーシスの診断

☐ てんかん(難治性)

難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる(術前)の方

☐ 大血管炎

高安動脈炎等の大血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない方

造影 有 または 一任の場合

・造影剤副作用歴

☐ 無 ☐ 有(CT ヨード) 有は造影不可

・気管支喘息

☐ 無(造影可) ☐ 有(造影不可)

(注) 気管支喘息ではなく、咳喘息であれば造影が出来ますので無に☑をしてください。

・小児喘息の成人後発作 ☐ 無(造影可) ☐ 有(造影不可)

・腎障害

☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明

測定値: クレアチニン () mg/dl

検査日:

☐ eGFR30以上(原則として造影可) ☐ 未満(造影不可)

☐ 透析中(CT可)

・薬剤アレルギー ☐ 無 ☐ 有(薬剤名:)

・感染症 ☐ 無 ☐ 有(名称:) ☐ 不明

⑧ 臨床経過等(病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等) ☐ 別紙参照

●検査所見

病理(部位:) ☐ 有 ☐ 無(☐ 生検困難 ☐ その他)

※病理ができない場合、または病理で悪性と確定されなかった場合、以下の項目の検査が必要です。

☐ CT ☐ MRI ☐ US ☐ RI ☐ 腫瘍マーカー ☐ その他()

☐ CT造影が困難なため未実施

困難な事由: ☐ 喘息 ☐ 副作用歴 ☐ 腎機能 ☐ その他()

●臨床診断・臨床経過

⑨ 患者様情報 2 身長 () cm / 体重 () kg

手術歴 : ☐ 無 ☐ 有 ()

移動手段: ☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

視聴覚障害: ☐ 無 ☐ 有

アレルギー: ☐ 無 ☐ 有 ()

糖尿病 : ☐ 無 ☐ 有

認知症 : ☐ 無 ☐ 有

妊娠初期3ヶ月以内 もしくは 妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有 有の場合は原則検査不可

体内埋め込み型除細動器(全メーカー) ☐ 無 ☐ 有 有の場合は業者立ち合いが必要です。必ずご記入ください。

⑩ 画像・レポートについて

画像 CD ☐ Viewer付 ☐ Viewer無

送付 ☐ 宅配便(有料) ☐ 郵便(無料)

☐ 患者様持帰り(無料)

レポート 通常 ☐ 宅配便(有料) ☐ 郵便(無料)

お急ぎ ☐ 出来次第 FAX(無料)

画像・レポートを郵便(無料)と選択すると送料は掛かりません▲



PET-CT検査紹介状(診療情報提供書)

② 貴院控え

202105

① 患者様情報 1

貴院カルテ番号

フリガナ

氏 名

生年月日

男 ・ 女

携帯電話番号

その他 電話番号

E-Mail

自宅・勤務先・その他 ()

予約票

PET-CT用

TEL 0120-973-019 FAX 029-853-0071

② 紹介元医療機関 依頼元コード

(名 称)

(所在地)

診療科

ご担当医師名

緊急連絡先携帯電話
または内線番号

内線

③ 診療区分

☐ 保険診療

☐ 自費診療(検診)

検査区分

PET-CT

④ 来院日時

20 年 月 日 曜日
午前・午後 時 分

⑤ 貴院結果説明日

☐ 未定 ※お決まりであれば教えてください
月 日 曜日
午前・午後 時 分

⑥ 造影の有無

☐ 無 ☐ 有
☐ 一任

当院医師が造影の必要性を
判断します

< 患者様記入欄 > ご来院前の確認事項

点線枠内の確認事項は、来院前に必ずご記入ください

以下の質問にて、「はい」が1つ以上ある場合は、ご来院いただいても検査が出来ない
ことがありますので、**ご来院前までに必ずご連絡ください ☎029-875-9970**

1. 検査を受ける全ての方

(1) 妊娠初期 3 ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい

(2) 閉所恐怖症ですか？ いいえ・はい

2. 造影の有無が「有」・「一任」の方 ※造影とは造影剤という薬剤を使用して行う検査です

(1) 腎臓のご病気や腎臓障害がありますか？ いいえ・はい
 <お願い>可能でしたら、血液検査の結果を検査当日にお持ち下さいますようお願いいたします。

(2) 気管支喘息と診断されたことがありますか？ いいえ・はい

(3) 過去に造影検査で副作用を起こしたことがありますか？ いいえ・はい

(4) 感染症はありますか？(肝炎・HIV・梅毒など) いいえ・はい

(5) 現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

(6) 過去に薬剤でアレルギー症状が起こったことはありますか？ いいえ・はい

上記の内容に相違ないことを確認しご署名ください。 未成年者の方は保護者様のご署名が必要です。

フリガナ

氏 名

Name

保護者氏名
Guardian's Name

男 / 女
MALE / FEMALE

生年月日 明・大
Date of birth 昭・平

続柄
relationship

年 月 日
(y) (m) (d)

ご住所 〒

Address

電話番号

TEL

携帯・自宅・勤務先

今回撮影した画像データを学術利用等させていただきたい場合があります。
学術利用等は、個人情報は一切排除した上で行います。ご理解の程、よろしくお願いいたします。

☐ 学術利用等に同意しない



PET-CT検査予約票

③ 患者様持参用(検査当日持参用)

202105

検査にあたっての ご注意

検査画像に影響がでるため、以下の点にご注意ください

食事



来院**6時間前**より不可

お水の摂取は検査直前まで可
ジュースやスポーツ飲料、乳製品、ガム、飴等の糖分の含まれた物は検査に影響が出ますので、お控えください。

お薬の服用



糖尿病の方

※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。
検査当日は糖尿病の薬（内服・インスリン）は使用せず、**ご持参ください。**



糖尿病以外のお薬

内服いただいて結構です（高血圧の薬、鎮痛剤等、医師から処方されている薬）

運転



長距離の自動車・バイク・自転車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）

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。

検査料金



【保険診療】PET-CT（非造影）26,000円～30,000円

PET-CT（造影）32,000円～35,000円

【自費診療】自費・検診 100,100円～124,300円（税込・消費税10%）

追加CD 2,200円（税込・消費税10%）



お支払いにはVISA・MASTER・JCB・AMEX・Dinersのクレジットカードをご利用いただけます

検査当日

1 検査当日は、予約票に記載された来院時間に受付へお越し下さい。

当日ご持参いただくもの	お持ちの方はご持参ください
 予約票（本書） ご来院前に＜患者様記入欄＞を 必ずご記入ください	 お薬手帳
 保険証 ご紹介元医療機関の診察券 忘れずにご持参ください	 過去の検査結果（採血・画像検査）

※ご予約のお時間に遅れる場合は、必ずお電話ください。

TEL: **029-875-9970**

ご予約のお時間を過ぎますと、次のお時間の患者様との関係上により、お時間やお日にちのご変更等をさせて頂く場合がございます。

2 当日の流れ 検査内容や当日の状況により、それ以上かかる場合もあります。また、**来院時間と検査開始時間は異なります。**



来院から注射まで 約30分

安静 約60分

検査 約20～30分

検査後 約20～30分

ご来院からお帰りまでの所要時間 約2時間10分～2時間半

1

PET-CT検査と安全性について

PET検査は、放射性同位元素（18F）で標識されたフルオロデオキシグルコース（18F-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18F-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。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ください）。

2

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ない表在がん、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）

3

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。（血糖値が高い場合（180mg/dl 以上）は、検査が施行できないことがありますので、ご注意ください。）
4. 来院受付からお帰りまでの所要時間は約2～3時間です。
5. 検査結果は、書面送付による報告となります。
6. キャンセルもしくは日時を変更される場合は、必ずご連絡ください。

	保険診療	検診(ドック)
検査結果送付先	主治医	ご自宅
キャンセル・日時変更	前日16時まで	3日前まで

4

保険診療の方

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いたします。

PET-CT 検査に関する同意書

私は、PET-CT検査に関する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。

年 月 日

本人署名:

(代理人)

住所:〒

—

電話番号

—

—

説明担当医 署名:

AIC 画像検査センター 地図

茨城 つくば

茨城県つくば市天久保 2-1-16 TEL 029-875-9970



鉄道・バスをご利用の方へ

……▶ **バス停(筑波メディカルセンター病院前)からの道順**

乗車：つくばセンターバスターミナル(つくば駅前) ▶ 降車：筑波メディカルセンター病院前

のりば	行き先	乗車時間
5番	下妻駅、石下駅、筑波大学病院(右、左回り) 建築研究所(平日のみ)	約 3分
6番	筑波大学循環(右回り)、筑波大学中央	

AIC画像検査センターは
バス停「筑波メディカルセンター病院前」より
徒歩5分です



お車で越しの方へ

……▶ **筑波大学附属病院の一般立体駐車場への道順**

● 当院の駐車場スペースには限りがあります。
満車の場合には筑波大学附属病院の一般
立体駐車場にお停めください。
当院にて、会計時に駐車券を「無料駐車券」
へ交換いたします。

● 筑波大学附属病院障がい者専用駐車場・そ
の他有料駐車場にお停めの場合、利用料
金は自己負担となります。
● 駐車場での事故・盗難等については、一切
の責任を負いませんのでご了承ください。