

# PET-CT診療情報提供書 ( 原本 )

紹介先 名古屋医療センター  
FAX (052) 951-1207

年 月 日

★ 予約時間 8:30~17:00

★ 赤枠をすべて埋めてください。

※患者さんの登録を行いますので、各医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入頂くようお願いします。

医療機関名
医 師
電 話
F A X

フリガナ				〒	—	
氏 名				住 所		
性 別	男 . 女			身 長	cm	体 重 kg
生年月日	年 月 日 歳			電 話 番 号		携 帯 電 話
				— —		— —
臨床経過 既往歴等						
画 像 検 査	C T : 無 ・ 有 ( 年 月 日 )		病 理 検 査	無 ・ 有 ( 年 月 日 )		
	M R I : 無 ・ 有 ( 年 月 日 )		腫瘍マーカー	無 ・ 有 ( 年 月 日 ) 検査値		
	R I ( ソフト ) : 無 ・ 有 ( 年 月 日 )					
名古屋医療センター受診歴 無 ・ 有 ( 診察券番号 : )						
希望検査日 第一希望 : 年 月 日 午前・午後				第二希望 : 年 月 日 午前・午後		
※下記の質問の無または有に○をつけてください。						
難 聴	無 ・ 有	腎機能障害	無 ・ 有	酸素吸入	無 ・ 有	
認 知 症	無 ・ 有	糖 尿 病	無 ・ 有	PET検査歴	無 ・ 有	
ペースメーカー	無 ・ 有	インシュリン使用	無 ・ 有			
造影剤アレルギー	無 ・ 有	挿 入 物	無 ・ 有	(挿入物の種類 )		
閉所恐怖症	無 ・ 有	30分程度の静止	不可 ・ 可	レポート種類 画像診断報告書 + CD		
妊娠もしくは可能性	無 ・ 有	自力歩行	不可 ・ 可			

照会先 : 名古屋医療センター 電話 052-951-1111 (代表)

## 検査を受けられる患者さんへ

## 問い合わせ先

名古屋医療センター 放射線科  
TEL (052)951-1111

※下記について患者さんに説明し、この用紙をお渡してください。

フリガナ		住 所	〒 —			
氏 名						
性 別	男 . 女	身 長	cm	体 重	kg	
生年月日	年 月 日 歳	電 話 番 号		携 帯 電 話		
		— —		— —		



放射線科より検査前日に確認のお電話をさせていただきます。  
電話番号は連絡のつく番号をお知らせください。

★来院時には初診窓口にお寄りいただき、窓口でPET-CTで来院したことをお申し出ください。  
(検査開始20分前には受付をすませてください。)

★検査当日にお持ちいただくもの

- ① 診療情報提供書 (原本)
- ② PET-CT検査予約票 (検査依頼時に当院よりFAXしました)
- ③ 保険証 ④検査費用 (保険3割負担で、約3万円)
- ⑤ お水又はお茶500cc ( ペットボトル可)

★検査前のお食事は検査予約時間の6時間前までにすませてください。  
お水やお茶は飲んでもかまいませんが糖分を含むものは避けてください。

★検査当日のお薬  
当日は糖尿病治療薬 (内服またはインスリン) は使用しないでください。

★運動制限  
検査前日より、運動は制限して下さい。  
ジョギング・テニス・カラオケなどは控えてください。

★検査前日のご連絡  
検査前日 (15時～17時の間) に確認のお電話をいたします。  
連絡が取れるよう、ご協力ください。

# PET/CT をご依頼頂く前にお読みください

PET/CT は、高額な検査のため厳しい保険適用が定められております。ご依頼の前に下記の実施用件のご確認をお願い申し上げます。

---

## 保険適用のための実施要件

1. 悪性腫瘍（早期胃癌を除く）
    - ① 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者さんであること。
    - ② 病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、PET あるいは PET/CT 以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者さんであること。
  2. 画像診断（CT、MRI）を 3 カ月以内に実施していること。
  3. 原則として同月に RI 検査を実施していないこと。  
※ RI 検査を同月に行っている場合は、PET 検査ができない場合があります。詳しくはお問い合わせください。
- 

## PET/CT を受けられる患者さんへご説明をお願い致します

1. 食事制限：  
検査 6 時間前からの絶食をお願い致します。糖分を含まないお水やお茶は飲んでも構いません。
2. 運動制限；  
検査前日より運動を控えてください。運動した筋肉にお薬が集積するために、腫瘍へのお薬の集積を低下させる危険性があります。なるべく安静にお過ごしください。
3. 検査当日の常用薬について：  
糖尿病に関する薬剤以外は継続してご使用いただけます。糖尿病治療薬（血糖降下剤、インスリン）も高血糖同様、画像に影響が出ますので検査 6 時間以内の使用はお控えください。血糖コントロールが困難な場合はご相談ください。

名古屋医療センター 地域医療連携室

---

核医学検査(アイソトープ検査)同意書

---

名古屋医療センター 院長 殿

患者氏名： \_\_\_\_\_

担当医署名： \_\_\_\_\_ 説明年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明に同席した医療者 職種： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

検査予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明内容(説明を受けた項目にチェックをしてください)

- 検査の必要性
- 核医学検査の副作用と放射線被ばくについて
- 核医学検査を受ける際の注意点
- この検査を受けなかった場合の他の検査法の有無
- 同意はいつでも取り消せること

以下のいずれかにチェックをしてください

上記の説明を受け、

- 理解しましたので同意します。
- 今回は同意しません。

署名年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者(または代理人氏名)： \_\_\_\_\_

代理人の場合、患者本人との続柄： \_\_\_\_\_

家族・同席者氏名： \_\_\_\_\_

---

## 核医学検査(アイソトープ検査)を受けられる方へ

---

### 1. 核医学検査について

核医学検査(アイソトープ検査)は、微量の放射線を放出する放射性同位元素(ラジオアイソトープ)が含まれるくすりを使用して、病気の有無や状態などを調べる検査です。このくすりを静脈内に注射(または経口摂取、吸入)して、各臓器や組織に集まる状態を専用カメラを用いて撮影します。この検査で使用するくすりは特定の臓器や組織に集まりやすい性質があり、目的とする臓器や組織の形そして働き(機能や代謝)を調べることができます。

### 2. 核医学検査の副作用と放射線被ばくについて

核医学検査で使用されるくすりによる副作用は非常に少なく、副作用の出現率は10万人に1人程度(0.001%程度)と報告されています。

この検査での放射線被ばくは、検査の種類により異なりますが、検査1回あたり0.5~20 mSv(シーベルト)程度で、胸部エックス線検査よりは多いですがCT検査と同程度です(参考:日本での日常生活における自然放射線による被ばくは年間で約2.1 mSvです)。

### 3. 核医学検査を受ける際の注意点について

核医学検査の種類によって検査前に注意する点や、検査方法、検査にかかる時間が異なります。検査予約票に各検査ごとの説明がありますのでそちらもご参照ください。

検査薬は、注射や撮影時間にあわせて事前に注文し取り寄せた特別なものを使用しています。時間通りに検査が行われないと検査結果が上手く得られないことがあります。ご留意いただけますようお願い致します。また、当日や無連絡のキャンセルの場合、検査費用の一部を個人負担していただくことがあります。

血管の壁が弱いなどの理由から検査に必要な量のくすりが血管に入らないために十分な検査結果が得られないことが稀にあります。その際には1か月後を目安に再検査を行うことがあります。

妊娠中の方、妊娠の可能性がある方、授乳中もしくは乳幼児がみえる方は、病院スタッフ(担当医師、看護師、放射線技師など)にご連絡ください。また、アルコール、ヨードや何らかの薬で、アレルギー反応を起こしたことがある方も、病院スタッフにご連絡ください。

