

FDG-PET検査依頼票（診療情報提供書）

検査予約日時：平成 年 月 日（午前・午後） 時 分

患者様	フリガナ 氏名	性別 男・女	貴医療機関	住所・医療機関名 〒 -
	生年月日 T・S・H 年 月 日（才）			TEL () (内)
	体重 kg 身長 cm			FAX ()
	住所 〒 -			診療科
	TEL () 携帯 ()			担当医師

保険診療確認事項（保険適用の可否を判断します）

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無		
臨床診断	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌（ ） <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌（頸・体） <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移/再発診断 <input type="checkbox"/> 原発検索 <input type="checkbox"/> その他		
病理診断		PET-CT（S590、S591）	
実施検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他（ ）	B4 フィルム	枚
腫瘍マーカー		生食 100ml	本
持参フィルム	<input type="checkbox"/> 有（返却 要・不要） <input type="checkbox"/> 無	その他（ ）	
		放射線技師	

【臨床経過・検査目的】（最近の手術・化学療法・放射線治療に関しては月日・内容をご記入ください）

検査前確認事項

移動方法	独歩・車椅子・ストレッチャー	糖尿病	無・有（空腹時血糖 mg/dl）			
20分静止	可能・不可	腎機能	正常・異常（飲水 500ml：可・不可）			
病名告知	告知済・未告知	女性	妊娠の可能性	無・有	授乳	無・有
閉所恐怖症	無・有		最終月経（ 月 日～ 月 日）			
感染症	無・有（ ）		月経周期（ 日）	閉経（ 才）		
その他留意点						

FDG-PET検査説明書・予約票

検査予約日時：平成 年 月 日(午前・午後) 時 分

患者様	フリガナ 氏名	性別 男・女 様	貴医療機関	住所・医療機関名 〒 -
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)			TEL () (内)
	体重 kg 身長 cm			FAX ()
	住所 〒 -			診療科
	TEL () 携帯 ()			担当医師

【検査に関する注意事項】

- ・ お薬の入荷の都合上、やむを得ず**予約変更が必要な場合は、必ず前日の午後4時までにご連絡ください。**
- ・ **検査時間は受付から終了まで約3時間です。**お薬の都合上、**予約時間はお守りください。**遅れますと検査ができない場合がございます。
- ・ **受付時間の5時間前から絶食が必要です。**糖分を含まない飲料(お水、お茶)は飲んでいただいて結構です。
- ・ 検査の前日は、普段通りに食事をしていただいて結構です。前日の飲酒はなるべくお控えください。
- ・ 検査当日は健康保険証、紹介医より渡された紹介状・資料(CT・MRI・CD)、お薬手帳、ペースメーカー手帳等をお持ちください。
- ・ 保険適応の場合、自己負担額は3割負担で、3万円前後になります。
- ・ 検査前に運動すると、その筋肉に薬剤が集ってしまいますので、検査前日および当日の運動は控えてください。
- ・ 運転により腕や腰の筋肉にお薬が集まってしまうことがありますので、ご自身での運転はなるべく避け、タクシーかご家族の運転でゆったりお越しください。
- ・ 処方されているお薬は飲んでいただいて結構です。
- ・ 血糖値が高い場合は病変の検出力が低下します。糖尿病の方は原則として絶食を守り、糖尿病のお薬も服用しないでください。詳しくは主治医にご相談され、その指示に従ってください。
- ・ **妊娠中の方、お子様の付添はご遠慮ください。**また、検査された日は妊娠中の方やお子様になるべく接しないようにしてください。
- ・ **妊娠の可能性のある方は検査できません。**授乳中の方は検査可能ですが、検査当日の授乳は避けてください。

【検査に関する説明】

1. PET(ポジトロン放射断層撮影)検査について

この検査は、ブドウ糖を放射性同位元素(フッ素-18)で標識した薬剤(FDG)を注射し、全身を撮像して糖代謝の程度を画像化するものです。

2. 検査の安全性について

当院で使用するFDGという薬剤は、日本アイソトープ協会が定めるガイドラインに準拠し、品質試験に合格したもので、CTやMRIの造影剤と異なり、副作用の心配はありません。

3. PET検査を受けるにあたり次の点をご理解ください。

- ・ FDGは糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積します。また、尿から排出されますので腎臓や膀胱にも強く集積します。このためこれらの臓器の診断は難しくなります。
- ・ FDGは顕微鏡レベルや数ミリサイズの小さながん、糖代謝の弱いがんは診断できません。
- ・ FDGは、炎症や甲状腺腫、大腸腺腫などの良性疾患にも集積します。

ご質問やご不明な点がございましたら、お問い合わせください。 関門医療センター (083-241-1199)