

# 保険診療PET/CT検査の流れ

I 検査受付時間 月～土曜日（1日4枠）

①枠目8：40～ ②枠目8：50～ ③枠目9：00～ ④枠目14：00～

II 検査費用 保健診療…3割負担の場合 約30,000円

1割負担の場合 約10,000円

自費診療…約100,000円

III ご予約の方法

## 予約申込

①所定の診療情報提供書（PET検査依頼書）に必要項目をご記入の上、ご予約をお申込み願います。

本書式は当院ホームページからもダウンロードできます。

FAX 0467-87-5119 まで送信して下さい。

診療情報提供書2枚目は、ご紹介元医療機関お控えとして使用願います。

◆受診者様へ以下書類をお渡し願います◆

診療情報提供書1枚目（原本）、問診票、同意書

→当日ご持参いただく書類になります。

診療情報提供書3枚目は検査をお受けになる方への交通のご案内、検査の注意事項が記載されております。

◆受診者様へ以下注意事項をお伝え願います◆

・検査前日よりトレーニングや激しい運動は避けること。

・検査5時間前から絶食、絶食後飲水は水のみ。お茶、ジュース、スポーツドリンク等は飲まないこと。

②FAX頂きましたら受診者様へ受診日程の決定及び当日の注意事項のご連絡をさせていただきます。また、当院にて保険適用可否確認し、不可の場合は主治医にその旨ご連絡させていただきます。

③受診日程が決定しましたらご紹介元医療機関地域連携、または主治医にご連絡させていただきます。

## 検査結果

当院読影医師によるレポート及び検査画像CD作成同封の上、受診日から約1週間程度でお渡し致します（検査日により異なります）

※診療情報提供書1枚目につきまして、診察中にご記入する時間が無い場合や記入内容を受診者様へ見せたくない場合等は、当院へ郵送または後日報告書を持参する際にお引き取り致しますのでそれまで保管頂ければ幸いです。



医療法人社団 康心会

茅ヶ崎中央病院

CHIGASAKI CHUO HOSPITAL

〒253-0041

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3

お問い合わせ先：地域連携室

TEL：0467-86-6530（代表）

FAX：0467-87-5119

営業時間：8：30～17：00



# PET/CT 検査当日の流れ

## ◆ご持参していただく物◆

- ① 保険証 (お忘れになられた場合は自費となりますので必ずご持参してください)
- ② 各種医療受給証 (お持ちの方はご持参ください)
- ③ 診察券 (お持ちの方はご持参ください)
- ④ 診察申込書 (初診の方はご記入の上お持ちいただければ手続きの短縮になります)
- ⑤ 診療情報提供書 (主治医の先生よりいただく場合があります)
- ⑥ 問診書 (ご記入の上お持ちください)
- ⑦ 同意書 (ご記入の上お持ちください)
- ⑧ 検査費用 (クレジットカード (VISA・マスター) ご使用できます)

## ◆検査費用は下記の通り◆

- ・ 保険適用 (3割負担) の場合: 約 30,000 円
- ・ // (1割負担) の場合: 約 10,000 円
- ・ 自費診療 の場合: 約 100,000 円

## ◆当日の流れ◆

- ① 茅ヶ崎中央病院 (本館) 総合受付へ来院
- ② 受付手続き
- ③ 身長・体重・血圧測定及び問診
- ④ 診察 (検査説明等)
- ⑤ PET/CT 検査室へ移動後、お着替え
- ⑥ FDG 注射
- ⑦ 待機 (1時間安静)
- ⑧ 撮影 (撮影時間 10分)
- ⑨ 回復 (50分間待機)
- ⑩ 撮影 (FDGの廻りによってはもう一度撮影します)
- ⑪ お会計 (特定健診の方は事前にお支払いをしておりますのでございません)

※①～⑪まで約3時間かかります※

※当院ホームページにも検査の流れについて説明があります。そちらも合わせてご覧下さい

## ◆PET-CT 検査終了後について◆

- ・ 検査のために放射線を出すお薬を注射します。検査終了後もごく微量な放射線が放出されています
  - ・ 減衰しながら約 12 時間、弱い放射線を出しますが、検査を受けられた本人にも害を与える量ではありません。
  - ・ 念のため検査当日は小学生以下、妊婦にはあまり近い距離で接するのは出来る限り控えてください
- ※約 2 メートルほどの距離をあけていただければ、影響はなくなります。



医療法人社団 康心会

茅ヶ崎中央病院

CHIGASAKI CHUO HOSPITAL

〒253-0041

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎 2-2-3

お問い合わせ先: 茅ヶ崎中央 地域連携室

TEL: 0467-86-6530 (代表)

FAX: 0467-87-5119

営業時間: 8:30~17:00



# PET/CT検査に関する説明書

## 1. PET検査の安全性と被ばく線量について

当施設で使用するFDG (F<sup>18</sup>で標識されたグルコース製剤) は日本核医学会、日本アイソトープ協会その他関連三団体が定めるガイドラインに準拠し、日本メジフィジックス社に精製し、数種の品質試験に合格した製剤を使用しています。この製剤によるアレルギーなどの副作用の報告はほとんどありません。PET/CT検査の被ばく線量は、全部合わせて10mSv～15mSvになりますが、この被ばく線量による放射線障害は報告されていません。

## 2. PET検査の有用性と限界

PET検査は、癌健診、腫瘍の良悪性の区別、癌の進行度、再発、治療効果判定などに有用であることが知られており、検査自体は一度にほぼ全身を対象にできます。ただし、PET検査は万能ではありません。生理的集積(脳・心臓・尿路系(腎臓や膀胱など)・消化管(胃や大腸など)等)により、これらの臓器もしくは近傍の異常は、PETだけでは診断困難になる場合があります。また、小さい癌やFDGが集まりにくい癌(肝細胞癌、ある種の癌)では、悪性病変があっても、PET上診断できないことがあります。また、良性病変、炎症性、ある種の生理的変化にもFDGが集積することがあり、そのため、悪性病変がなくても、悪性病変の疑いと診断される可能性があります。また、**糖尿病や検査当日の血糖値が200mg/dlを超える場合、不鮮明な画像となります。**PET検査は癌診断の精度を高めてはおりますが、癌がまったくないという保証を与えるものではありません。

## 3. プライバシー保護

当施設職員は守秘義務を厳守いたします。なお、別紙で同意を得た場合に限りPET検査の結果を医学会、学術雑誌に発表することがございますが、その際、氏名などのプライバシーは一切公表いたしません。

## 4. PET検査の精度向上のため

PET検査の精度向上させるため、精密検査を受診された医療機関に検査結果をお問い合わせる場合があります。また、受診された方に郵送、もしくは電話で問い合わせる場合があります。

## 5. 検査の注意事項について

- ①運動によって筋肉にFDGが集まる場合があります。筋肉が使われるようなトレーニングや激しい運動は、検査前日よりお控え下さい。
- ②検査時間5時間前から絶食して下さい。(サルコイドーシス診断の場合は12時間前)
- ③絶食後お水は飲んでも構いませんが、**お水以外の飲み物(ジュース、お茶、コーヒー、スポーツドリンクなど)は飲まないで下さい。**
- ④下記のお薬については、服用を制限させていただきます。
  - ・下剤、緩下剤は検査前日より服用しないで下さい。
  - ・血糖降下剤薬、インスリン注射は、食事が制限されるため検査当日は使用しないでください。
  - ・降圧薬服用の方は、**検査当日必ず服用して来院して下さい。**
- ⑤化学療法中もしくは化学療法終了後2週間以内の場合は不鮮明になることがあります。
- ⑥予約時間までに茅ヶ崎中央病院(本館)総合受付までお越しください。
- ⑦予約時間に遅れた場合、**当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい。**
- ⑧時計やネックレス、指輪等の貴金属類及び貴重品は外して頂きます。
- ⑨CVポートを使用しての検査は対応しておりませんので予めご了承下さい。



医療法人社団 康心会  
**茅ヶ崎中央病院**

CHIGASAKI CHUO HOSPITAL

〒253-0041

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3

お問い合わせ先：地域連携室

TEL：0467-86-6530 (代表)

FAX：0467-87-5119

営業時間：8：30～17：00



# PET/CT検査 問診表

こちらにお書きいただく内容については、診断のためにより使用させていただき、個人情報として厳重に管理いたします。正しい診断結果を得る為にも、可能な限り正確にお書きくださいますようお願い申し上げます。（なお、どうしても記載しにくい事項のある方は、検査前の説明の際に担当者に必ずお申し出ください。）

受診日	令和 年 月 日	記入日	令和 年 月 日
フリガナ	.....	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( ) 歳
お名前			
ご連絡先	電話番号 — —		自宅・勤務先
	携帯電話 — —		

**病歴について** 現在治療中の病気、今までにかかった病気がありましたらご記入ください。

病名	どんな治療を受けましたか？	
発病 ( ) 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 ( ) ・薬 ( ) ・その他 ( )
発病 ( ) 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 ( ) ・薬 ( ) ・その他 ( )
発病 ( ) 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 ( ) ・薬 ( ) ・その他 ( )
発病 ( ) 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 ( ) ・薬 ( ) ・その他 ( )
発病 ( ) 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 ( ) ・薬 ( ) ・その他 ( )

以下の質問にお答えください

- ① 喘息の有無 ( ない ・ 治療中 ・ 治療後 ・ 経過観察中 )
- ② 閉所恐怖症 ( ない ・ ある )
- ③ 体内に金属がある ( ない ・ 心臓ペースメーカー ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 骨折時ボルト ・ その他【 】 )
- ④ 肝炎にかかったことがある ( ない ・ ある )
- ⑤ 糖尿病がある ( ない ・ ある 【使用されている薬品名】 )
- ⑥ 輸血したことがある ( ない ・ ある )
- ⑦ 高血圧症がある ( ない ・ ある 【使用されている薬品名】 )

医師による確認事項 (当院記入) <input type="checkbox"/> 絶食5時間前 (ジュースも不可) <input type="checkbox"/> 降圧剤の服用 (高血圧の方のみ)	BW	BS	Bp	P
問診コメント欄				
				医師名

茅ヶ崎中央病院 御中

## 同意書

### ○受診の同意について、お尋ねいたします

検査の注意事項をご理解いただき、検査を受け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承します。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

署名\_\_\_\_\_

(受診者ご本人の自筆にて署名をお願いいたします)

### ○個人情報保護に対する同意事項について、お尋ねいたします

以上の内容（説明事項）をご理解いただき、また下記の内容について同意の有無をお尋ねいたします。【下記の事項に同意をなされない場合でも、他の受診者の方と比較し、今回の検査については、なんら不利益を受けるものではありません。】

<p>検査結果を医学会や医学雑誌に発表させていただいてもよろしいでしょうか？ なお、発表の際にはお名前など個人情報は一切公表いたしません。</p>	<p><input type="checkbox"/> 同意します</p>
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

※医療法に基づく保護義務のある情報（ご受診頂く検査から得られる情報と、このときお持ちいただく診療情報提供書・問診票などの情報）に関しましては、患者様のご意向（同意）に関わらず、当院のデータベースに登録し厳重な管理を行い保存させていただきます。

ID :

# 診 察 申 込 書

令和 年 月 日 受付

フリガナ		性 別	※続 柄
お名前		男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳 )		
ご住所	〒 -		
電 話	自宅電話番号( ) -		
	携帯電話 ( ) -		
かかりつけの病院・医院はございますか			
_____			病 院 ・ 医 院
本日は紹介状をお持ちですか？			
			は い ・ い い え
当院・当グループを受診されたことはございますか			
			は い ・ い い え
病院・クリニック名 _____			
同 意 書			
平成17年4月より施行される「個人情報保護法」において下記の項目につき、ご理解をいただき、同意していただきますようお願い申し上げます。			
当院では、患者様のお呼び出しする際、個人名にてお呼びさせていただきます。			
※「個人情報の利用目的」について院内の掲示をお読みください			
署 名			

\* 「続柄」には、被保険者との続柄を記入してください