

## PET(FDG) 検査予約について

### 【医療機関の先生方へ】

- 1) 1枚目「検査予約申込書(貴院控)」に必要事項をご記入のうえ、患者総合サポートセンター地域連携部門までFAXでお送り下さい(FAX:0166-69-3044)。
  - 2) 患者総合サポートセンター地域連携部門では希望(予約)日時を診療科に照会・確認後、「検査予約連絡票」にて予約日時をFAXで連絡します。
  - 3) 「PET(FDG)検査説明(1)(2)」を患者さんにご説明いただき、ご記入をお願い致します。
  - 4) 2枚目は本院への「診療情報提供書」となっております。患者さんへお渡し下さい。検査当日は、「検査予約連絡票」、「PET(FDG)検査説明・問診票・同意書」、および貴院の「検査結果(フィルム等)」、「健康保険証」等と併せてご持参いただくようご説明お願い致します。
- 4) 所見を記した「検査結果報告書」及び画像は、後日郵送致します。

※ 原則として、読影を含めた診療予約となります。

※ PET(FDG)検査の場合、検査希望日の2日前までに予約をお願いします。

※ PET(FDG)検査の場合、**絶食が必要**です。検査予約時間の6時間前より、水以外を摂らないようお伝えください。詳細につきましては、説明書をご覧ください。

※ 糖尿病のお薬は飲まないで来院してください。**持続点滴や当日の点滴は、糖分の入っているものは来院5時間前から中止してください。**糖分を含まない水・お茶などや糖分の含まない点滴は制限ありません。

※ 小児で検査希望の場合は、先ず本院小児科を受診していただきます(「予約申込書」により、診療の予約をお願いします)。

※ 検査料金は、3割負担で約3万円、1割負担で約1万円となります。

※ **検査中の血糖値が150mg/dl以下になるようコントロールしてください。また絶食時間中はインシュリンを使用しないでください。**

※ 通常の撮影は頭部から骨盤までです。特に撮影部位の指示(下肢等)がありましたら、依頼書に明記お願い致します。

### 【連絡・問合せ】

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院 患者総合サポートセンター地域連携部門

TEL: 0166-69-3055(8:30~17:00)

FAX: 0166-69-3044(9:00~16:00)

# 参 考

## 保険適応について

PET/CT (FDG) 検査の保険適応は、傷病名と共に検査目的まで含めて制限されています。保険適応無い場合、自費診療扱いでの検査をご希望されるか否か、ご確認下さい。

## PET&PET-CT (FDG) 保険適応要件

### 1. てんかん

難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者

### 2. 虚血性心疾患

虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者  
(通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合)

### 3. 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)

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

### 4. 前段階としてCT検査をおこなっていること

事前のCT検査により、悪性所見や、転移・再発が疑わしい場合  
(CTによる画像診断がない場合、保険適応にならないことがあります。)

FDG-PET 検査予約申込書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住 所

旭川医科大学病院

名 称

患者総合サポートセンター

地域連携部門 宛

主治医 \_\_\_\_\_

FAX: 0166-69-3044

FAX: \_\_\_\_\_

TEL: 0166-69-3055

TEL: \_\_\_\_\_

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )	TEL	_____ - _____ - _____
住 所	〒 _____	TEL	_____ - _____ - _____
希望日時	_____ 年 月 日 ( 時 頃 )	<input type="checkbox"/> 希望無し	※ ご本人に連絡のとれる電話番号を記入してください

(傷病名)	<input type="checkbox"/> 肺癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 膵癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫
	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<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"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 原発不明検索	<input type="checkbox"/> その他( _____ )		
(検査結果)	施行したCT検査	: 施行日	_____ 年 月 日	部位:	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部
					<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
					その他( _____ )		
	その他の画像検査	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	その他検査( _____ )			
(症状経過・検査結果・治療経過)							
(既往歴及び家族歴、備考)							

## 患者情報(記載あるいはチェック願います)

● 移動: 独歩・車いす・ストレッチャー	● 手術歴: 無・有( _____ )
● 妊娠: 無・有( _____ ヶ月)	● 化学療法: 無・有( _____ )
● 授乳: 無・有	● 放射線治療: 無・有
● アレルギー: 無・有	● 閉所恐怖症: 無・有
● 感染症: STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他( _____ )	
● 糖尿病: 無・有(治療法: 食事のみ・経口剤・インスリン・その他 _____ )	
血糖値 採血日 _____ 年 月 日( _____ )mg/dl	
HbA1c採血日 _____ 年 月 日( _____ )%	
身長 _____ cm	体重 _____ kg
	最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日
● 埋込み型除細動器: 無・有	● 埋込み型ペースメーカー: 無・有
	メーカー名( _____ )

FDG-PET 検査予約申込書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住所

旭川医科大学病院

名称

患者総合サポートセンター

地域連携部門 宛

主治医 \_\_\_\_\_

FAX: 0166-69-3044

FAX: \_\_\_\_\_

TEL: 0166-69-3055

TEL: \_\_\_\_\_

フリガナ 患者氏名	_____	様	性別	男・女	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日( 歳)	TEL _____ - _____
住所	〒 _____				TEL _____ - _____
希望日時	_____	年	月	日( 時頃)	<input type="checkbox"/> 希望無し ※ ご本人に連絡のとれる電話番号を記入してください

(傷病名)	<input type="checkbox"/> 肺癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 膵癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫
	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<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"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 原発不明検索	<input type="checkbox"/> その他( _____ )		
(検査結果)	施行したCT検査	: 施行日	_____	年	_____	月	_____
							部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部
							その他( _____ )
	その他の画像検査	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	その他検査( _____ )			
(症状経過・検査結果・治療経過)	_____ _____ _____						
(既往歴及び家族歴、備考)	_____ _____ _____						

## 患者情報(記載あるいはチェック願います)

● 移動: 独歩・車いす・ストレッチャー	● 手術歴: 無・有( _____ )
● 妊娠: 無・有( _____ 月)	● 化学療法: 無・有( _____ )
● 授乳: 無・有	● 放射線治療: 無・有
● アレルギー: 無・有	● 閉所恐怖症: 無・有
● 感染症: STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他( _____ )	
● 糖尿病: 無・有(治療法: 食事のみ・経口剤・インスリン・その他 _____ )	
血糖値 採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ )mg/dl	
HbA1c 採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ )%	
身長 _____ cm	体重 _____ kg
最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
● 埋込み型除細動器: 無・有	● 埋込み型ペースメーカー: 無・有
	メーカー名( _____ )

# PET (FDG) 検査説明・問診票・同意書

## 【医療機関の先生方へ】

「PET(FDG)検査説明(1)(2)」を患者さんにご説明いただき、「同意書」にご記入をお願い致します。「PET(FDG)検査説明(1)(2)」「同意書」「問診票」を患者さんにお渡し下さい。

\*「同意書」の【貴院控】は医療機関での保存用になります。貴院にて保管をお願い致します。

## 【患者さんへ】

### PET (FDG) 検査説明

(1)

\*PET (FDG) 検査に際し、下記の事項についてご理解下さるようお願い致します。

#### 1. PET (FDG) 検査について

<sup>18</sup>F-FDGによるPET検査は、放射性同位元素(<sup>18</sup>F・フッ素18)を標識したFDG(フルオロデオキシグルコース)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。使用する放射線同位元素は微量で、放射線の量は約2時間ごとに半減し尿として速やかに排泄されます。翌日にはほとんど体内には残りません。

#### 2. PET (FDG) 検査の注意事項

- ① 検査前6時間は絶食です。糖分を含む飲料、アメ・ガムなどもご遠慮下さい。水についての制限はありません。
- ② 薬は通常通り服用ください。  
ただし、当日の検査前は、糖尿病経口薬の服用やインスリン注射はできません。
- ③ 検査前日と当日の運動や肉体労働は控えてください。当日はできる限り運転は控えて来院してください。また前日の飲酒もお控え下さい。
- ④ 妊娠中や妊娠の可能性のある方は原則として検査できませんが、担当医とご相談下さい。
- ⑤ 検査後12時間は、妊産婦や乳幼児との接触はなるべく控えてください。また、人の多いところにはなるべく近づかないでください。
- ⑥ 検査後24時間の授乳は控えてください。

検査当日は

- ※ 金属製の物を身に付けたり持ち込まないようにして下さい(ヘアピン、時計、貴金属類、入れ歯、クリップ、心電図用電極など)。
- ※ 検査当日は、診察券・健康保険証・紹介状・PET検査説明・問診票・同意書をご持参ください。
- ※ 寿命の短い特殊な薬剤を使用しています。機器の調整上、時間どおりに検査ができないことや延期させて頂く場合があることを予めご了承をお願い致します。
- ※ 車いす移送や介護を必要とされる方には、検査中の付き添いをお願い致します。

#### 3. PET (FDG) 検査実施手順

- ① **絶食** ブドウ糖の代謝を調べる検査なので、検査前6時間は**絶食**です。  
**午前中検査予定の場合は前日夜9時以降より、午後検査予定の場合は当日朝7時以降より、食事はお控えください。**
- ② **注射** 検査薬剤を注射します。
- ③ **安静** 検査薬剤が体内に行きわたるまで約1時間安静にしています。
- ④ **撮像** 排尿後、PET/CT装置で約30分全身の撮像検査をします。
- ⑤ **休憩** 体の中の薬剤量が減少するまで約30分休憩をとります。  
この後に、もう一度撮像することがあります。

PET (FDG) 検査は、注射から検査終了まで、おおむね2～3時間かかります。

#### 4. PET (FDG) 検査の安全性について

検査薬剤FDGによる副作用の心配はありません。検査薬剤FDGは放射性医薬品のため、放射線による被曝が少しありますが、その被曝量は胃のX線検査や人が1年間に自然界から受ける放射線量と同程度であり、健康に悪影響はありません。まれに注射時の痛みや、薬剤注入時の血管運動反射に伴う不快や血圧降下が起こることがあります。

#### 5. PET (FDG) 検査の限界について

PET (FDG) 検査は、がんの発見に非常に優れた検査ですが、1 cm 以下のがんや腎臓や肝臓などの特定の臓器や部位によっては発見が困難な場合があります。PET (FDG) 検査も万能ではないことをご理解ください。

#### 6. PET (FDG) 検査データの医学的活用について

PET (FDG) 検査により得られたデータは、今後の医学発展のため利用させていただくことがあります。その際には個人情報の保護に十分配慮し、個人が特定されるようなことに致しません。

#### 7. PET 検査のキャンセルについて

**都合により検査をキャンセルされる方は、検査日の前日 12 時までに、必ず**

**旭川医科大学病院・核医学検査室 (電話 0166-69-3461)**

**または 患者総合サポートセンター地域連携部門 (電話 0166-69-3055)**

**にご連絡ください。**検査薬剤FDGは高額な薬剤で、使用期限のとても短い特殊な薬剤です。**急なキャンセルや検査時間に遅れることがあると、使用することができません。この場合所定のキャンセル料をいただく場合があります。**ご理解をお願いいたします。

#### 8. その他

- ・検査当日に採血を行い、空腹時血糖値を測定します。血糖値の値によっては検査を中止する場合があります。
- ・PET検査薬剤は、使用期限のとても短い薬剤のため保存することはできません。毎日、札幌市の製薬会社より陸送で供給を受けます。検査薬剤の輸送体制・検査機器の保守点検には万全を期しておりますが、道路状況や天候の変化などで到着しなかった場合、万一の機器トラブルなどの際には中止せざるを得ない場合がありますのでご了承ください。
- ・付き添いの方は、検査中別室でお待ちいただきます。ただし、介護の必要な場合は、お手伝いをお願いする場合があります。
- ・当施設では、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います。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。

以上の点をご理解いただいた上で、PET (FDG) 検査同意書 (別紙) にご署名をお願いいたします。

# PET (FDG) 検査 同意書

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

旭川医科大学病院長 殿

私は、PET (FDG) 検査を受けるにあたり、別紙の説明を十分に理解した上で、  
検査を受けることに同意します。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※連絡先電話番号は必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

同意取得日欄が無効の場合は、本同意書スキャン取込みの日付をもって本同意書の  
取得日とみなします。

# PET (FDG) 検査 同意書

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

旭川医科大学病院長 殿

私は、PET (FDG) 検査を受けるにあたり、別紙の説明を十分に理解した上で、  
検査を受けることに同意します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

または代理人氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※連絡先電話番号は必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

同意取得日欄が無効の場合は、本同意書スキャン取込みの日付をもって本同意書の  
取得日とみなします。

旭川医科大学病院

\* この同意書は貴院で保管をお願い致します。【 貴院控 】



# PET (FDG) 検査 同意書

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

旭川医科大学病院長 殿

私は、PET (FDG) 検査を受けるにあたり、別紙の説明を十分に理解した上で、  
検査を受けることに同意します。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※連絡先電話番号は必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

同意取得日欄が無効の場合は、本同意書スキャン取込みの日付をもって本同意書の  
取得日とみなします。

# PET (FDG) 検査問診票

氏名 (男・女) 年齢 歳

本人が記入できない場合

代理人氏名

本人との続柄

以下の問診内容に○印、またはご記入をお願いします

- 過去にPET検査を受けたことがありますか (いいえ・はい:その検査日 頃)
- X線CT, PET, MRIの検査を受けて具合が悪くなったことがありますか(いいえ・はい)
- 身長と体重をご記入下さい 身長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 \_\_\_\_\_ Kg

現在の健康状態と病気についてお聞きします

- 最近、外傷や打撲を受けたり、転倒されたことがありますか (いいえ・はい)
- 最近数年以内に手術を受けましたか (いいえ・はい:どこですか)
- 身体の痛みがありますか (いいえ・はい:どこですか)
- 心臓のペースメーカーを装着されていますか (いいえ・はい)
- 糖尿病といわれたことがありますか (いいえ・はい)

「はい」の方に。現在の治療法に○をつけてください (内服・インスリン・食事療法)

- 喫煙歴はありますか (喫煙なし・禁煙 歳から・喫煙中 本/日)  
(禁煙されている方:禁煙前は 本/日)
- 食べ物や薬剤に対するアレルギー(過敏症)はありますか  
(いいえ・はい:具体的に)

- 約30分間の検査時間、安静に寝ていることができますか (はい・いいえ)

- X線CT、MRI検査などで狭い場所が苦手ですか (いいえ・はい)

- 歯の治療を受けていますか (いいえ・はい:義歯・他)

女性の方にお聞きします

- 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますが (いいえ・はい・わからない)
- 現在、生理中ですか (いいえ・はい・閉経) ● 最終月経の開始日 ( 月 日)
- 現在、授乳中ですか (いいえ・はい)
- 乳房の痛みやしこりがありますか (いいえ・はい)

これから受けるPET検査について、気になることがありましたらご記入ください

この問診票は記載の上、検査当日にご持参下さい。

旭川医科大学病院