

PET/CT 検査予約票

検査日時	年 月 日 時
当日は検査時間の 40 分前までに、予約票・保険証をご持参のうえ、 地域医療連携室まで直接お越しください。	
検査項目	全身(腫瘍)

診療科名
依頼医師
患者氏名
生年月日

P

E<PET/CT 検査とは>

PET(ペット)検査とは、ポジトロン(陽電子)という放射線を放出する放射性医薬品を静脈注射し、そこから放出される放射線をPET装置で検出し、その体内分布(機能)を画像化して病気を診断する検査法です。PET/CT装置は、機能と形を合わせた情報が得られます。放射性医薬品に含まれる放射能は、ほんのわずかなため、副作用もほとんどなく、放射線被ばくを心配することなく病気を診断することが出来ます。

<検査当日に持参するもの>

- ① 診察券(初診以外) ② PET/CT 検査予約票(本用紙) ③ PET/CT 検査の流れ
④ PET/CT 検査説明書及び同意書 ⑤ PET/CT 検査問診票 ⑥ 紹介状(お持ちの場合) ⑦ 保険証

検査にそなえて次のことについて、ご協力くださいますようお願いいたします。

検査前日	<ul style="list-style-type: none"> ● 軽い運動でも『運動』はお止めください。 ● 下剤を服用されている方は、検査前日より服用を中止してください。 <p>食事制限</p> <p>検査予約時刻の6時間前からの『絶食』をお願いいたします。</p> <p>前日夜のお食事に制限はありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予約時間が午後1時より前の場合には当日の朝食を抜いてお越しください。 ・予約時間が午後1時以降の場合には軽い朝食を午前7時までに済ませてください。 <p>* 検査予約時刻の6時間以降に食事をされた場合、または検査前の血糖値が高い場合に検査を中止させていただく場合があります。</p>
検査当日	<ul style="list-style-type: none"> ● 水分は取って構いませんがジュースのように糖分を含んでいるものは避けてください。 ● 糖尿病薬(血糖降下剤、インスリン)を使用しなしてください。その他のお薬は服用して構いません。 ● 自転車の運転や階段を駆け上がったたり駆け下りたりしないでください。 ● 検査は、待機時間も含めて約2時間を予定していますが、多少前後する事があります。 ● 疾患などによっては2回撮影をするため退室時間がさらに30分ほど遅れる場合があります。
検査後	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常の生活に戻られて結構ですが、検査当日は、妊婦や小児との接触は避けてください。 ● 検査後48時間は授乳しないでください。

ご注意 検査のキャンセル等について

当日のキャンセルは原則お断りしております。キャンセルや変更が生じた場合、事前にPET/CT検査室(8:30~13:00)までご連絡ください。(前日が日曜、祝祭日、第2土曜の場合はその前日)。また、PET検査の薬剤は大変に高価ですが、使用可能時間は大変に短いです。そのため、検査時刻に遅れると検査が出来ないことがありますので予約時間40分前には地域医療連携室にお越しいただくようお願いいたします。

PET/CT検査説明書及び同意書

PET/CT検査に際し、下記の事項についてご理解いただきたくお願い申し上げます。

説明日 年 月 日
検査説明医

PET/CTとは

- PET (Positron Emission Tomography:陽電子放射断層撮影)はアイソトープと呼ばれる弱い放射線を出す物質を体内に注射し、悪性腫瘍等の検出や、心筋の生存能などをみることが出来る最新の画像診断法です。
- 検査は注射を1本するだけで、あとは機械の寝台でじっと寝ているだけです。検査時間は注射してから撮影までの待ち時間が約1時間、撮影時間が約20分ほどです。合計2時間弱かかります。

PET/CT 検査の注意事項について

- 検査当日、検査終了までは糖尿病薬の使用はできません。(あらかじめ主治医にご相談ください。)
- 検査前日と当日の運動は禁止してください。
- 妊娠中または妊娠の可能性のある方の検査は、原則できません。
- 検査終了当日は、乳幼児や妊婦との接触は避けてください。
- 検査後48時間は授乳しないでください。

PET/CT 検査の安全性と危険性について

- PET/CT検査で使用する ^{18}F -FDGは製薬会社で製造されます。この薬剤による重大な副作用の報告はありません。
- PET 検査1回の被ばく線量は胃のバリウム検査とほぼ同等(2.2~4.5mSv)で、この線量で放射線障害が起きることはありません。CTによる被ばく線量も診断に必要最低限の量に最適化しています。

PET/CT 検査の限界等について

- がんや腫瘍の種別によっては、見つかりにくいものがあります。また、5mm以下の小さながんや、早期がんなどは発見することができない場合があります。
- FDG は糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積し、尿から排泄されるので、腎臓や尿路、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。また、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。

PET/CT 検査の医学・学術的利用について

- PET/CT 検査で得られた画像や結果などは、検査を受けたご本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

その他の注意事項

- 予約の取り消しは、検査の前日(休日の翌日検査の場合は、1営業日前)の13:00までにPET/CT室へご連絡ください。それ以降のキャンセルは、患者さんに放射性医薬品の購入費(約5万円)をご請求する場合があります。
- 検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、別途治療費が必要となる場合があります。

※日本語が話せない方は検査当日必ず通訳の同行をお願いいたします。

PET/CT検査同意書

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長 殿

私は、検査の説明書や上記の注意事項を読み、PET/CT検査の性質や限界を理解した上で、今回のPET/CT検査を受診いたします。

年 月 日
(AM・PM :)

患者氏名: _____
代諾者氏名: _____ (続柄: _____)

PET/CT 検査当日の流れ

※ 検査結果に関わる注意事項がありますので前日までに必ずお読みください。

- (1) 検査予約時間に遅れた場合には検査時間が大幅に遅れるか検査ができない場合があります。当日は時間に余裕をもってお越しください。検査予約時間の 40 分前までには地域医療連携室受付に直接お越しください。
- (2) PET/CT 検査における患者さんお 1 人の放射線による被ばくは、人体に問題がある量ではありません。しかし、スタッフは毎日多くの患者さんと接しています。そのためスタッフの被ばく低減を目的として、PET 医薬品の注射後は、患者さんと距離をとり、接する時間を短くし、遮蔽物等を挟んで対応する場合がありますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。
- (3) 検査当日は下記のものをご持参ください。
 - ① 診察券(初診以外) ② PET/CT 検査予約票 ③ PET/CT 検査の流れ(本用紙)
 - ④ PET/CT 検査説明書及び同意書 ⑤ PET/CT 検査問診票 ⑥ 紹介状(お持ちの場合) ⑦ 保険証

1. 来院受付

PET/CT ご持参した書類等をご提出ください。PET/CT 検査案内票と案内シートのはいった「バック」をお渡しいたしますので、外待合室でお名前を呼ばれるまでお待ちください。

2. 更衣室

更衣室(個室は各部屋)で検査着におきがえください。ロッカーは空いているところをお使いください。時計、財布、入れ歯、ネックレス、ブラジャー等は必ず外して検査着にお着替えください。着替えが終わりましたら、必ずロッカーの鍵をお掛けください。ロッカーの鍵、PET/CT 検査案内シート、PET/CT 検査案内票は「バック」に入れてお持ちになり、更衣室の前の椅子に掛けてお待ちください。

3. 処置室(注射)

PET 処置室にて血糖値・体重・身長の測定を行います。その後 PET 医薬品の注射を行います。注射後は読書や携帯電話等の画面を見たり、ストレッチなどの運動をしたりしないようにお願いします。

4. 安静室

検査案内シートに記載されている番号の安静室へ移動します。安静室では薬が体内に回るまで約 60 分リラックスしてお休みください。安静室ではお水を飲んでいただきます。お手洗いは自由に行っていただいて結構です。ただし、検査直前にも必ず排尿していただきます。(マイクでご案内いたします。)※お手洗など安静室から出るときは「バック」を必ずお持ちください。

安静室内には安全のためにカメラとインターホンが備え付けてあります。何かありましたらインターホンでお知らせください。

5. お手洗

案内の音がかけられましたら「バック」を持って安静室を出て、右手のトイレで排尿を済ませ、PET/CT 撮影室にお越しください。検査の質の向上と汚染拡大防止のため、排尿は必ず座って(男性も)していただくようお願いいたします。

6. PET/CT 撮影室

撮影時間は 20 分程度です(検査の内容によっては延長する場合があります。)。寝ているだけで終わる検査です(原則、息を止める必要はありません。))が、動かないようにお願いします。疾患などによっては 2 回撮影をするため退室時間がさらに 30 分ほど遅れる場合があります。

7. 安静室・更衣室

- 検査終了しましたら安静室にお戻りください。安静室では体内の薬が少なくなるまで、約 40 分安静にしてください。お手洗いは自由に行っていただいて結構です。(追加撮影をする場合はインターホンにてお知らせします。)
- 安静時間が過ぎましたら声をおかけします。更衣室でお着替えをお願いします。検査着は更衣室入り口にあるリネンボックスへお入れください。(個室の場合は部屋の出入口にあります。)※ロッカーの鍵は元の位置に戻してください。「バック」はお持ち帰りください。
- 更衣が終わりましたら案内シートを受付の返却トレイに入れてお帰りください。
- 会計は後日になります。

検査後の注意事項

- ※ 検査終了後も体内には薬が残っていますが、自然に体内から排出され 24 時間後にはほぼ無くなります。
- ※ 検査当日は患者さんが、特に小児、乳幼児、妊婦と近い距離で接したり、長時間接したりすることは避けてください。
- ※ 検査後 48 時間は安全のため授乳はしないでください。

PET/CT 検査問診票

記載日 年 月 日

氏名	様 (男・女)	年齢	歳
本人が記入出来ない場合、代理人の記入をお願いします			
代理人氏名		本人との続柄 ()	

1. 以前に PET 検査、PET/CT 検査を受けたことがありますか はい・いいえ
 ・「はい」の方は、いつ頃受けられましたか？ いつ頃 年 月頃、当院・他院

2. これまでに病気にかかったことや、手術・治療を受けた事があればご記入ください(わかる範囲で結構です)

病 名	手術(生検含む)	放射線治療	化学療法	現 状
	年月(有の場合)	年月(有の場合)	年月(有の場合)	
	有・無 年 月	有・無 年 月	有・無 年 月	治療中・完治
	有・無 年 月	有・無 年 月	有・無 年 月	治療中・完治
	有・無 年 月	有・無 年 月	有・無 年 月	治療中・完治

3. 糖尿病と言われたことがありますか はい・いいえ
 ・「はい」の方は現在の治療法にチェックしてください 食事療法 内服薬 インシュリン注射

4. 喫煙歴はありますか はい・いいえ
 ・「はい」の方は喫煙歴をご記入ください 喫煙本数 本/日 歳 ~ 歳

女性の方にお聞きします

5. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか はい・いいえ・わからない

6. 現在、生理中ですか はい・いいえ・閉経
 ・最終月経の開始日をご記入ください 最終月経の開始日 月 日

7. 乳房にしこりや痛みがありますか はい・いいえ
 ・「はい」の方にお聞きします
 しこり 右 左 両側
 痛み 右 左 両側

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

※この問診票は検査までに記載のうえ、検査当日にご持参ください

順天堂医院使用欄(こちらは記入不要です)

身長	cm	体重	Kg	血糖値	mg/dl
----	----	----	----	-----	-------

FAX 0120-03-3946 03-5802-3946

PET/CT 検査申し込み票 (診療情報提供書)

検査当日は、貴院で実施された参考画像(CT や MRI など)を CD で患者に持参していただくようお願い申し上げます。

検査予約日時:		年	月	日()	午前・午後	時	分
フリガナ		医療施設名:					
患者氏名:							
年齢:	歳	性別:	男	・	女	住所:	
生年月日:M・T・S・H		年	月	日			
住所		電話:					
電話:		診療科: (内線)					
担当医師名:		移動方法: 独歩 ・ 独歩(要介助) ・ 車いす					
身長:	cm	区分: <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他院入院中					
体重:	kg						
PET 受診歴: 初回・当院にて____回 ・ 他院にて____回 ; 当院受診歴ある方は ID _____							

検査目的:	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 転移検索	<input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
臨床診断:	経過、その他			
病理検査:	施行した病理と結果()			
腫瘍マーカー(数値):	<input type="checkbox"/> CEA ()、 <input type="checkbox"/> AFP ()、 <input type="checkbox"/> CA19-9 ()、 <input type="checkbox"/> SCC ()、 <input type="checkbox"/> PIVKA-II ()、 <input type="checkbox"/> PSA ()、 <input type="checkbox"/> CA125 ()、 <input type="checkbox"/> その他()			
通常の撮影部位は、頭部~大腿基部です。それ以外の範囲を希望される場合はご記入ください。				
撮影希望部位:				
手術歴:	無・有	年	月	手術名:
化学療法:	無・有	年	月	薬品名:
放射線治療:	無・有	年	月	照射部位:
現在の妊娠:	無・有 ・可能性あり⇒被ばくを伴うため、妊婦の検査はできません。			
糖尿病:	無・有 →有の場合は処方; 無・有()			
アレルギー:	無・有 →有の場合は何のアレルギー()			
ペプシマー:	無・有			