

PET-CT 検査をお受けになる患者様へ（自費診療用）

様のご予約は、 年 月 日（ ） : です。

- ・ **予約時間の 20 分前（ ）**までに 2F 受付までお越しください。

ご都合により検査を受けられない場合は、前々日までにご連絡をお願いします。

- ・ **予約時間の 6 時間前（ ）**からの**絶食**が必要です。

水、お茶などの**糖分の入っていないもの**は飲んでも問題ありません。



* **糖尿病**の方は**検査当日の朝**の**インスリン注射中止！！**

* 別紙の**ビグアナイド系糖尿病治療薬**は、主治医の指示に従って**検査 2 日前から検査終了まで中止**してください。

* その他の糖尿病治療薬について
朝絶食の場合は検査当日の朝から検査終了まで中止してください。

- ・ **検査前日から当日は体に負担のかかる運動**を控えてください。

運動により負荷がかかった筋肉は通常よりもブドウ糖を多く取り込み、FDG が集まってしまうため検査の精度が落ちることがあります。



検査前日のジョギングなどの軽い運動も避け、当日の FDG 注射後は読書・スマホなどの使用はお控えください。

（目の筋肉や足・腕の筋肉に FDG が集まってしまうためです）

安静にさせていただくことで筋肉におけるブドウ糖の使用を減らすことができ、より診断のしやすい画像となります。

*** 通常の生活範囲内での徒歩や階段の上り下りなどは問題ありません。**

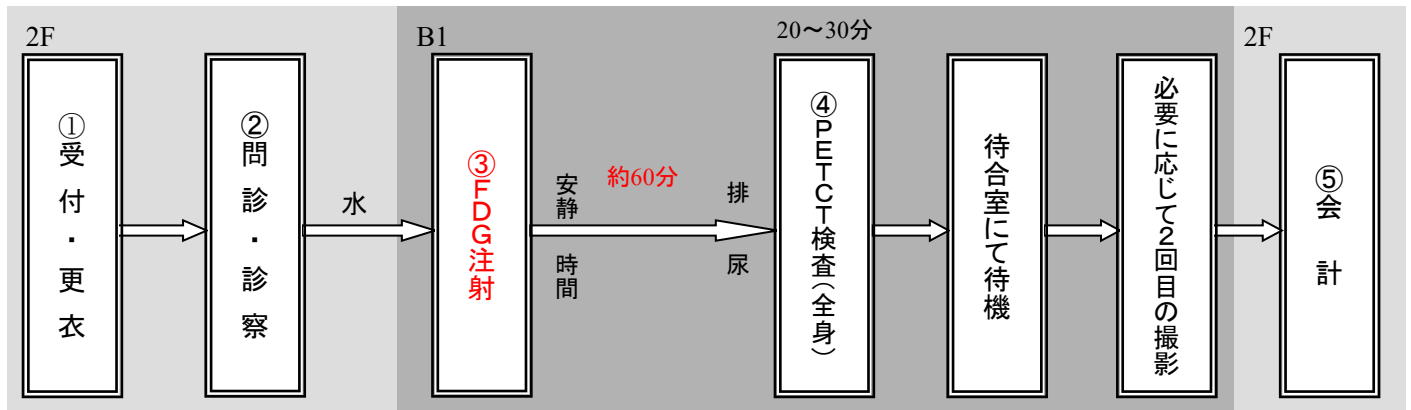
検査当日持ってくるもの

- ☐ 主治医からの紹介状 ・ 画像データなど
- ☐ 問診票 （ 自宅でご記入をお願いします ）
- ☐ お薬手帳
- ☐ 診療費用 （ 8 万円 ）

●精密機械により薬剤を合成しております。機器の調整上、**時間通りに検査ができないことや延期させて頂く場合**があることをあらかじめご了承ください。

●当院では、受診者に安心して検査を受けていただくために、個人情報の取扱いに関して、万全の体制で取り組んでおります。当院における個人情報の保護方針、利用目的を院内のポスター及び当院ホームページに記載しておりますので、受診の際にご確認ください。**特にお申し出がない場合は、同意を得たものとして取扱わせていただきます。**またご不明な点がございましたらお問い合わせください。

【検査の流れ】



- ① 受付にて、問診票・紹介状・画像データ（CD-R）車の鍵（車のナンバーも教えてください）をお預かりします。

検査着に着替えていただきますが、服や下着に金具がついていないものであればそのままのお洋服で検査は可能です。

- ② お時間になりましたら診察にご案内します。診察の後、お水（ペットボトル）をお渡しします。

* 注射された FDG は尿から排泄されます。余分な FDG を速やかに排泄するため飲める分だけお飲みください（飲みきれなかった分は注射後に飲んでいただいても大丈夫です）

- ③ 地下にご案内します。地下は放射線管理区域になりますので患者様お一人でのご案内になります。付添が必要な方はご家族の方も一緒にご案内します。

* FDG は放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。

医療従事者は法律上、放射線被曝線量の制限があるため、注射後は患者様の介助にすることができません。検査中に介助が必要な方（寝たきりの方、車いすなど移動に介助が必要な方、トイレやおむつ交換など）は原則としてご家族様で介助をしていただきます。

何卒ご了解いただけますようお願いいたします。

処置室で FDG 注射を行います。全身にお薬がいきわたるように、注射後約 1 時間は安静室（個室）でお休みいただきます。検査に影響しますので、注射後の運動や読書、テレビや音楽などの鑑賞はできません。トイレや寝返りはご自由に動いていただいてもかまいません。

- ④ PET 検査前に排尿をしていただきます。撮影は 20-30 分前後かかります。医師が画像を確認する間地下待合室で待機していただき、分かりにくい病変があった場合は再度撮影することもあります。

- ⑤ お着替えを済ませたらお会計となります。その際に主治医宛の返書をお渡しします。

検査後は食事や運動の制限はありません。

* 下記（枠内）の**ビグアナイド系糖尿病治療薬**は

主治医の指示に従って**検査2日前から検査終了まで中止**してください。

- メトホルミン塩酸塩 250 mg 500 mg
- メトグルコ錠 250 mg 500 mg
- グリコラン錠 250 mg
- イニシンク配合錠
- メタクト配合錠
- エクメット配合錠
- メトアナ配合錠
- ジベトス錠 50 mg
- ブホルミン塩酸塩腸溶錠 50 mg



* その他（上記にない）糖尿病治療薬について

朝絶食の場合は**検査当日の朝から検査終了まで**中止してください。

* 検査当日の**朝のインスリン注射は中止**です。

