

《 PET検査受診申込み用紙(保険・自費診療) 》

※ 必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。

※ 本用紙は申し込み用紙ですので、紹介状は別途、患者様に持参して頂くか郵送をお願いします。

ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日	T・S・H	年	月	日
				身長・体重	身長	cm	体重	kg
郵便番号	〒 -							
住所								
電話番号	自宅 - - 本人携帯 - -							
	他連絡先（家族携帯など） - -							
紹介元 医療機関	医療機関名							
	主治医 科 先生							
検査予約日	令和 年 月 日() 午前・午後 _____時_____分 ※予約時間の6時間前からの絶食となります。来院時間は予約時間の20分前です。							
特記事項 ① 当院での結果説明の可否 (可 ・ 否) ② 糖尿病 (無 ・ 有 → 内服 ・ インスリン ・ 治療なし) ビグアナイド系糖尿病薬は腸管への集積が増加し、読影の際に妨げになることがあります。 可能な限りで検査2日前から検査終了まで中止してください。 ③ 病状告知 (未告知 ・ 告知済) ④ 現在の状況 (外来 ・ 入院) ⑤ 移動方法 (歩行 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー) ADL 介助 (要 ・ 不要) *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、放射線被曝の制限があるため、注射後は患者様の介助につくことができません。 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。何卒ご理解いただけますようお願いいたします。								

保険適応疾患 ※悪性腫瘍の場合は、病名をお書き下さい。「疑い」は保険適応外となります。

※当院では「血管炎」は保険適応外となっております。

I. 悪性腫瘍（早期胃がんを除く）	II. 心疾患	III. 脳疾患
病名：	虚血性心疾患 サルコイドーシス	てんかん

保険適応外の場合の病名	
-------------	--

医療法人慈風会 厚地記念クリニック PET 画像診断センター

〒892-0841 鹿児島市照国町 12-1

電話：099-226-8871 FAX：099-226-8872

e-mail：atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp

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、お茶などの糖が入っていないものは飲んでも問題ありません。

※ 糖尿病治療薬以外の常用薬は普段通り服用してください。



糖尿病の方へ

- * **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。**

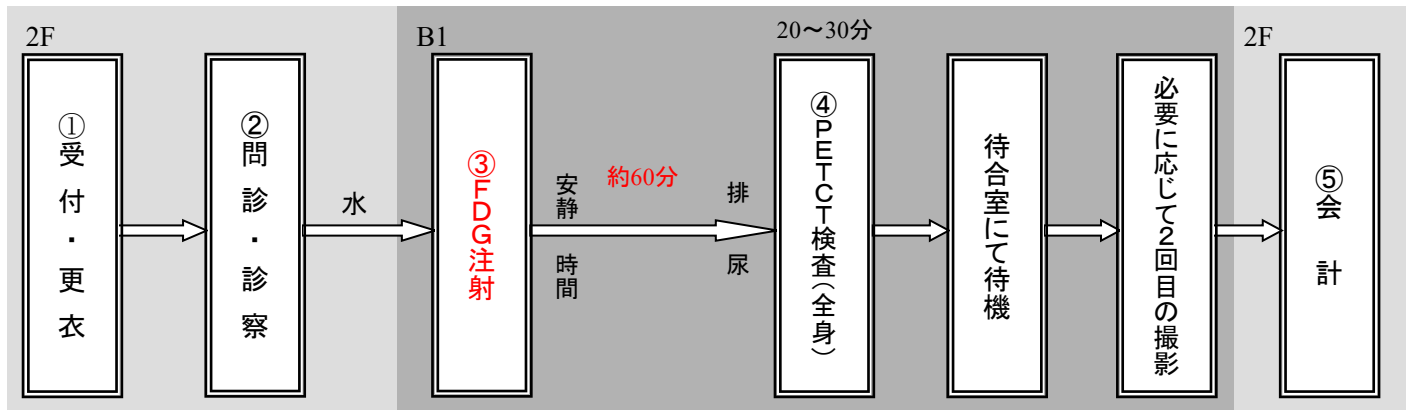
検査当日持ってくるもの

- ☐ 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つくことができません。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。



PET 検査 問診票（保険診療・自費診療用）

ふりがな

回答日： 年 月 日

氏名： 身長： cm 体重： kg

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問 1. ご病気について、主治医の先生から受けた説明を教えてください。

(ア) 病名、異常所見 (例：「〇〇癌と診断された」「〇〇転移の疑い」「肺に影がある」など)

(イ) 治療内容 (あてはまるものを選んでください)

手術 ・ 抗がん剤治療 ・ 放射線治療 ・ ホルモン治療 ・ 未定 (今後決まる予定)

(ウ) 症状はありますか (例：「体の痛み」「咳・痰が出る」など)

問 2. これまでの手術や治療・入院した病歴を、すべてご記入ください。

(例：癌などの腫瘍、虫垂炎、骨折、前立腺肥大、心臓カテーテル等)

病名	時期	治療法
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()

問 3. 現在服用している薬はありますか。

はい (薬名：) いいえ

※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

問 4. 糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか。

はい いいえ

※「はい」と答えた方のみ、現在の治療に○をつけてください

(内服薬 ・ インスリン注射 ・ 食事療法 ・ 未治療)

問 5. 心臓のペースメーカー、その他の電子機器が体に入っていますか。

はい いいえ その他 ()

問 6. 閉所恐怖症 (狭いところが苦手) がありますか。

はい いいえ

※裏面へつづく→

問 7. 1 ヶ月以内に注射（筋肉、ワクチン接種、ホルモン注射など）をされましたか。

はい いいえ

※「はい」と答えた方のみ回答ください。

時期： 月 日

接種部位： 右腕 ・ 左腕 ・ その他（ ）

種類： 新型コロナワクチン ・ インフルエンザワクチン ・ その他（ ）

問 8. 最近のけが（外傷、動物による咬み傷、かき傷など）、打撲、転倒などがありますか。

はい（どこに： いつ： ） いいえ

問 9. この 1 年間で特定健診または長寿健診を受診されましたか。

受診した（受診時期： 年 月） 受診していない

⇒異常はありましたか？

あり ・ なし

（異常を指摘された内容： ）

問 10. ご家族（血族の方）にがんの方はいらっしゃいますか。

はい →どなた（ 父 母 兄 姉 弟 妹 その他： ） いいえ
部位（ ）

問 11. 喫煙・飲酒の習慣について教えてください。

・タバコ : 喫煙歴なし 吸う・吸っていた（ 1 日 本 年間 ）

・アルコール : 飲まない 飲む（ 毎日 ・ 時々 ）

問 12. 薬や食品等でアレルギーを起こしたことはありますか。

あり（下に記入をお願いします） なし

〔 〕

問 13. 《 女性の方へ 》該当するものをお選びください

閉経している ・ 生理がある（最終 月 日～ 月 日）

妊娠中 ・ 授乳中

帝王切開の有無 （ あり ・ なし ）

<以下は検査当日にご記入ください>

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。
診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカード あり ・ なし

マイナ保険証による診療情報取得に 同意する ・ 同意しない

- ・ 最終のお食事はいつ頃ですか。 昨日 ・ 今日（午前 時頃）
- ・ 最終のお食事以降に糖分の入った飲み物を飲みましたか。 はい ・ いいえ
- ・ 今日、お薬を内服・注射されていますか。 はい ・ いいえ
- ・ 昨日から今日にかけて、運動をされましたか。 はい ・ いいえ
- ・ 昨日から今日にかけて、下剤を使用されましたか。 はい ・ いいえ
- ・ 昨日から今日にかけて、便秘や下痢をされていますか。 はい ・ いいえ

●FDG-PET/CT 検査についての説明書

【検査の方法】

- ・この検査はフッ素-18 (18F) という放射性同位元素で標識されたフルオロデオキシグルコース (FDG) の 150~300MBq (15m l 程度) を注射し、1 時間の安静後、全身の断層画像と CT 画像を撮影します。台に横になり 20-30 分ほどで終了します。

【使用するお薬；なにがわかるのか？】

- ・**18F-FDG** (フルオロデオキシグルコース) と呼ばれる、**ブドウ糖に似た放射性薬剤**を使います。FDG を注射すると糖代謝の盛んな場所 (腫瘍や炎症などの病巣、脳・心臓などの正常な臓器) に集まる性質があります。CT や MRI では形の変化をみるのに対し、PET では病巣の活動性をみることができます。特に癌の診断には有用で、同時に撮影される CT の情報を追加することで高い精度が得られます。
- ・FDG-PET を用いた癌検診では、**見つかりやすい癌と見つかりにくいもの**があります (下記参照)。見つかりにくいものとしては、尿に出てくる FDG と紛らわしい腎臓や膀胱にできるもの、前立腺癌、スキルス胃癌、肝癌や肺癌の一部で FDG を取り込まないもの、消化管の粘膜内癌などが挙げられます。この種のものを見逃される可能性がありますのでご理解願います (全て含めて 80~90% 程度の検出率と言われています)。

【FDG-PET 検査の限界について】

●よく見える癌の特徴

- ・1cm 以上のかたまりがあり、ブドウ糖をよく取り込むもの
- ・悪性度の高いもの

●見えにくい癌の特徴

- ・薄く広がり、かたまりをつくらないもの
- ・悪性度が低く、ブドウ糖を取り込まないもの
- ・脳、肝臓、腎臓、膀胱など注射薬が集まる臓器にできるもの

I. よく見えるがん

頭頸部癌 (舌癌、咽頭癌、喉頭癌、上顎癌、甲状腺癌)

肺癌 (扁平上皮癌、小細胞癌、大細胞癌、腺癌 (低から中分化型))

乳癌 食道癌 胃癌 大腸癌 胆嚢、胆道癌 膵癌 子宮癌 卵巣癌 悪性リンパ腫 悪性黒色腫

II. 見えにくいがん

肺癌の一部 (高分化腺癌、肺胞上皮癌)

肝臓癌の一部 (高分化型肝細胞癌)

腎臓癌 前立腺癌 その他 1cm 以下の小さな癌

III. 見えないがん

膀胱癌

食道、胃、大腸、子宮頸部などの表在癌

胃のスキルス癌 その他 5mm 以下の小さな癌

【安全性と危険性について】

- ・検査に使用する 18F-FDG による重篤な副作用の報告はなく、安全性の高い薬剤です。当院で使用する FDG は日本核医学会「院内製造された FDG を用いて PET 検査をおこなうためのガイドライン」に準拠し、住友重機製サイクロトロン MINITrace と住友重機械製 FDG 合成装置 F100（薬事承認番号 21400BZZ00094000）を用いて院内施設で使用当日に合成した後、品質試験に合格したものを我们用います。また PET/CT 撮影は、日本核医学会「FDG PET がん検診ガイドライン」に基づき検査しています。

放射線被曝はできるだけ少なくするのが原則的な考え方ですが、患者様が受ける利益（病気の正確な診断や最適な治療法を選択できるなどの利益）が、放射線被曝による害を上回るとの医師の判断のもと検査を行っています。PET-CT 検査による被曝線量は胃透視（胃バリウム検査）とほぼ同程度で、身体への影響はありません。ガイドラインに準じて線量の低減に努めており FDG 線量は約 3~6mSv（ミリシーベルト）、CT 撮像は通常 5mSv で最大 10mSv です。この程度の被曝線量では放射線障害は起こりません。癌や白血病のリスクもないと言えますので安心してください。

ただし、**妊娠の可能性のある方、授乳中の方**は主治医にご相談ください。また検査終了当日はまだ体内に微量の放射性物質が残っていますので次のことを控えてください。

* **授乳中の場合**、検査を行わないことが好ましいですが、
敢えて行う場合、**検査終了後 24 時間**は授乳を**中止**してください。



- ・投与後 **12 時間**は**妊娠中の方**および**乳幼児**との密接な接触はなるべく控えてください。
- ・放射性物質は時間の経過とともにどんどん少なくなっていきます。
注射後約 2 時間で半分に減少し、4 時間でさらに半分に減少します。
放射線による周りの方々の被曝を防ぐためできるだけ検査当日の人込みへの外出もお控えください。
検査翌日は問題ありません。

【検査の適応】

保険診療では悪性腫瘍などの適応疾患があり、かつその条件も厳密に決められています。
この条件に合わない時は検査代が自己負担となる場合がありますので
事前にご理解ください。

【同意について】

検査当日、医師により上記説明を行います。
充分納得した上で診察時、同意書にサインをお願いします。



院長 陣之内 正史

