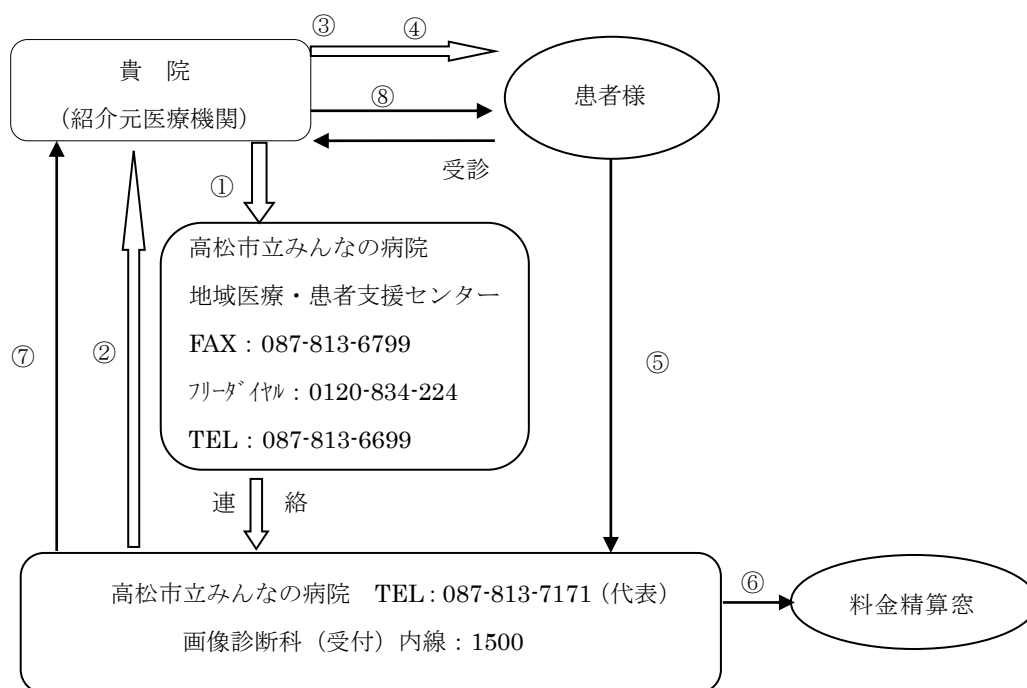


PET/CT 検査のご案内

高松市立みんなの病院では、最新の陽電子放出断層撮影装置(PET)と X 線コンピューター断層撮影装置(CT)一体型の機器による PET/CT 検査の受付を開始し、地域のみなさまに信頼性の高い診断を提供していますので、どうぞご利用ください。



【PET/CT 検査予約申込み手順】

- ①貴院から高松市立みんなの病院 地域医療・患者支援センターに下記様式を FAX して下さい。
 - ☆ 診療情報提供書 (PET/CT 検査依頼用) 使用
(本院ホームページからダウンロードするか、本案内のものをコピーして使用願います。)
 - ★ 患者様の連絡可能な電話番号を記載して下さい (必須)
- ②みんなの病院 画像診断科から貴院へ予約の電話連絡があり、予約日の決定を行う。
(※受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合がありますのでご了承下さい。)
予約日決定後に画像診断科予約確認票を貴院へ FAX 送信します。
- ③PET/CT 検査問診票、及び同意書等一式に必要事項を記載して下さい。
(本院ホームページからダウンロードするか、本案内 4 枚のものをコピーして使用願います。)
- ④患者様への注意事項の説明をお願いします。
- ⑤患者様がみんなの病院に来院し、PET/CT 検査を施行。
- ⑥患者様は会計窓口で料金精算後、ご帰宅。
- ⑦後日、高松市立みんなの病院 画像診断科から貴院に対して画像 (CD-R)・画像診断報告書、及び診療情報提供書を送付。
- ⑧貴院から患者様に結果を説明。

☆ 予約可能時間は平日 8:30~16:30 になります。

ID: _____

年 月 日

診療情報提供書 (PET/CT検査依頼用)

検査予約日時: 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名		診療科		担当医師 (フルネーム)	
住所 〒					
TEL		(内線)		FAX	
紹介患者様氏名		生年月日		性別	身長
(フリガナ)		歳			
様				cm	kg
住所 〒					
TEL ☆患者様の連絡可能な電話番号を記載下さい (必須)					
診断名 ※治療後の場合は必ずご記入ください	左右 両側臓器のみ記載 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側		病理診断 <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 実施していない		
	部位 臓器名と詳細部位 (例 腎U、肺S2、など)		病理診断名 (組織診、細胞診) 詳細をお願いします		
診断根拠 (複数回答可)	患者の全経過を通じて、がんと診断する根拠となった検査にチェック (初回治療前の診断に限定しない) <input type="checkbox"/> 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 部位特異性の腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 臨床診断				
進行度	進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400.上皮内 <input type="checkbox"/> 410.限局 <input type="checkbox"/> 420.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430.隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440.遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明			
	進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400.上皮内 <input type="checkbox"/> 410.限局 <input type="checkbox"/> 420.所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430.隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440.遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660.手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777.該当せず <input type="checkbox"/> 499.不明			

保険診療確認事項 (保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 無
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) 病名: _____ (必ず病名をご記入ください) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 () 要フィルム持参
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (マーカー名: _____) <input type="checkbox"/> 施行中 <input type="checkbox"/> 施行せず
PET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"/> ()
臨床経過・既往歴	<input type="checkbox"/>
☆DPC対象病院に入院中の患者様は検査できません。	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式 年 月 術式

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来	病名告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (血糖値)	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (BUN Cr)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本 年間)
	<input type="checkbox"/> (立位可・不可)	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1日 を ml)
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
20分間の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

高松市立みんなの病院 地域医療患者支援センター 電話 087-813-6699 (直通) FAX: 087-813-6799
フリーダイヤル: 0120-834-224

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

PET/CT検査説明書及び同意書

PET/CT検査内容と安全性

1. 放射性同位元素(18F)をつけた薬剤(FDG)を静脈注射し、約1時間の安静後全身撮影を行います。体内の糖代謝の状態をみることで、がん等の疾患を探す検査です。
2. 薬剤の副作用は、極めてまれに軽微なアレルギー反応があるといわれますが、重篤な副作用の報告はありません。(例えば、嘔気、めまい等)
3. 1回のPET/CT検査による被ばく線量により、放射線障害が発生する事はありません。

ご理解いただきたいこと

1. PET/CT検査のみで診断が確定するものではありません。見つかりにくい腫瘍(1cm以下)や転移病巣があり、他の検査との併用が必要になる場合があります。
2. 薬剤は良性疾患にも集積し、良性・悪性の判断が困難な場合があります。
3. 糖尿病の場合、病変の検出が困難になる場合があります。
4. 他の検査・治療の影響で正確な検査結果が得られない場合があります。
 - 1) PET/CT検査前1週間以内の胃・腸のバリウム検査
 - 2) PET/CT検査前3週間以内の化学療法
 - 3) PET/CT検査前3ヶ月以内の放射線治療

検査の注意事項

1. 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができません場合があります。主治医に必ず申し出てください。
2. 心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器を装着されている方は、検査が出来ない場合があります。
3. 入れ歯・補聴器・指輪などの身に付けている金属類は全て外していただきます。かつら(ウィッグ)についても外していただく場合があります。
4. 検査前日(検査前日が休日の時は、休日開始の前日)午後以降の検査キャンセルについては、薬剤費用(数万円程度)をご負担いただく場合があります。

検査に関する説明をしました。別紙にて問診した結果、検査(可・不可)と判断します。

病院名

主治医名

印

PET/CT検査同意書

私は、検査説明を受けて検査内容・注意事項に関して理解しましたので、PET/CT検査を受けることに同意します。

署名年月日 年 月 日

患者氏名(署名)

患者様が未成年者、判断能力がないとき、あるいは患者様自身が文字を書けないときには、以下の欄に、ご署名の上、上記の患者氏名欄にもご記入下さい。

署名年月日 年 月 日

代諾者氏名(署名)

(患者との続柄 :)

代諾者とは、配偶者、親、子、祖父母、兄弟姉妹、3等親以内の血族、あるいは法定代理人等をいいます。

高松市立みんなの病院

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

PET/CT検査予約券・問診票

フリガナ

お名前： _____

年齢： _____

性別： _____

当日病院にて測定します

検査日： _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg

血糖値： _____ mg/dl BP： _____ / _____ mmHg

予約時間： _____

※検査2日前に事前連絡いたします。必ず連絡が可能な患者様の電話番号を記載下さい。

TEL： _____

以下の質問に分かる範囲でお答え下さい。□には、該当する項目にし印を付けてください。

1. 糖尿病・血糖値異常を指摘されていますか？ いいえ はい
2. 心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器を使用していますか？ いいえ はい
3. 閉所恐怖症がありますか？ いいえ はい
4. 今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか？ いいえ はい
「はい」の場合 いつ頃（ _____ ） 病名（ _____ ）
5. 今まで手術・放射線治療・化学療法（抗がん剤）をうけたことがありますか？ いいえ はい
「はい」の場合 手術はいつ頃（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
放射線治療終了は（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
化学療法終了は（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

女性の方のみ以下にお答えください。

- 現在妊娠していますか？ いいえ はい
- 現在授乳していますか？ いいえ はい
- 月経について 閉経（ _____ ） 月経周期（ _____ 日）
最終月経（ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日）

ここからは当日記入してください

- 1.最後の食事は何時頃ですか？ 昨日 本日 _____ 時頃
- 2.食事の後に、糖分の入った飲料を飲みましたか？ いいえ はい
- 3.昨日から現在までに運動をしましたか？ いいえ はい
「はい」と答えた方は以下該当するものに○印をつけてください。
散歩 ・ 体操 ・ 筋肉労働 ・ 水泳 ・ カラオケ ・ マッサージ
その他（ _____ ）

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当看護師： _____

担当技師： _____

PET/CT検査を受けられる方への注意事項

検査前の注意事項

- 1.検査前の食事、飲み薬について
 - ・検査前6時間は絶食が必要です。（飴、ガム等も検査に影響します。食べないで下さい。）
 - ・飲み物は水・お茶以外は飲まないで下さい。
- 2.検査前の運動制限について
 - ・検査前日、及び当日は、身体（筋肉）に負担のかかる作業や激しい運動は避けて下さい。（重い荷物を持つ・カラオケ・ジョギング・エアロビクス・マッサージ等）
- 3.糖尿病の患者さまへ
 - ・糖尿病で空腹時血糖値が150mg/dl以上の方は、原則、検査ができません。また、インスリン注射、糖尿病の薬を服用している方は、検査当日朝～検査終了まで止めて下さい。その他、主治医にご相談下さい。（血糖値が200mg/dl以上の方は検査中止となることがあります。）
- 4.検査のキャンセル・変更など
 - ・都合で来院できなくなった場合は、速やかにご連絡下さい。検査前日の16時までにご連絡をお願いします。検査が月曜日の場合は、前週の金曜日16時までにご連絡下さい。（キャンセル等の連絡先）高松市立みんなの病院：087-813-7171（代表）
- 5.妊娠の可能性のある方、授乳中の方、閉所恐怖症の方はお申し出下さい。
- 6.検査は約3時間かかりますが、検査進行状況によっては若干検査時間が遅延することをご了承下さい。
- 7.検査当日は、他の科の診察や検査等のご予約をお控え下さい。
- 8.当日は、着替えやすい服装でおいで下さい。
- 9.全額で10万円前後です。通常の保険適応3割の場合で3万円前後が自己負担額となります。
 - ・PET/CT検査は、予約に合わせてFDG薬品を注文します。この薬剤は短時間で使用不可となってしまうので、やむを得ずキャンセル・変更が必要な場合は、速やかに当院の画像診断受付までご連絡ください。また、受診日の前日（土日・祝日を除く）午後3時以降のキャンセル及び日程変更は、薬剤費相当の5万円（税込）をいただく場合がありますので、ご了承ください。
- 10.検査に使用する放射性薬剤により約2.2mSVの放射線被ばくがあります。
 - ・1回のPET/CT検査で被ばくする線量は合計で8～10mSV程度（撮影条件により変化）となりますが、この線量で放射線障害が起こることはありません。

検査当日の注意事項

- 1.予約時間の30分前までに受付して下さい。（但し、予約時間8時30分の場合は、8時5分までに受付して下さい。）
 - ・検査に使用する薬剤（FDG）は、検査時間に合わせて当院に届きます。一定の時間を過ぎると、効力が無くなってしまいます。
- 2.医療従事者の放射線被ばくが決められた限度を超えないようにするために、検査中、職員は患者様の介助につくことができません。
 - ・検査中は職員の指示に従ってお一人で行動していただきます。また、車椅子の方は、ご家族の介助をお願いしております。何卒ご理解いただきますようお願い致します。

3.PET/CT検査前の更衣について

- 検査着に着替える際は、上半身は無地のシャツ1枚程度、下半身は下着を着けたままで構いません。金属製のものは全て外してください。その上に検査着を着てください。
尚、盗難防止のため貴重品は必ず指定のロッカーをご使用いただくなど、ご本人・ご家族の責任において管理されますようお願いいたします。盗難・紛失についての一切の責任は負いません。

4.待機室での注意点

- 注射後約1時間は、待機室（個室）で安静にしてお休みいただきます。
その際に、検査に影響しますので、運動や読書や音楽鑑賞、携帯電話操作などはできません。
待機中に、お水500mlを飲んで頂きますが、全部飲む必要はありません。
無理をしない範囲でご協力下さい。
トイレ（排尿）は、撮影直前に必ず行って頂きますが、男性の方でも必ず座位にてお願いいたします。

5.検査中の注意事項

- 検査時間は20分程度掛かります。両腕は身体の横につけた状態で寝台に寝て頂き、2回ほど寝台が動きます。これがCTを撮影している時です。これが終了するとPETの撮影になります。
撮影中は動かないようにして下さい。

6.検査後の注意事項

- 検査が終了しても、体内からは微量のガンマ線が放出されています。
検査当日は、周囲の人への被ばく防止のため、人ごみなどへの外出はなるべくお控え下さい。
また、乳幼児への緊密な接触も控えて下さい。授乳中の方は24時間授乳を控えて下さい。
検査翌日より制限はありません。

- 7.予約時間より遅れて来院された場合、絶食を忘れた場合、運動制限を守られていない場合、血糖コントロールが不良で検査時の血糖値が高すぎる場合などは、検査中止・延期となる場合がありますので、予めご了承下さい。

（PET/CT検査に関するお問い合わせ先）

高松市立みんなの病院：087-813-7171（代表）

放射線科(核医学) 内線：1700

医療被ばくに関する説明書（1）

医療法施行規則の改正（平成31年厚生労働省例21号）の施行に伴い、2020/4/1より放射線診療を受けられる患者様へ、以下の項目の説明が必要となりました。この説明は患者様に納得して放射線診療を受けていただくために重要なものですので、検査に先立ちましてご確認ください。

・当該放射線診療により想定される被ばく線量とその影響の説明。

被ばくにより影響は一定量（閾値）以上の被ばく量により高率に引き起こされる組織障害（確定的影響＝不妊や脱毛、白内障など）と、閾値がはっきりしていない障害（確率的影響＝がん、白血病など）に分かれます。PET-CT検査においては撮影方法や範囲により異なりますが、一般的に8～12mSv程度の被ばくが想定されます。これは組織障害を起こすとされる閾値よりはるかに少ない被ばく量であり、確定的影響のリスクは極めて低いです。また確率的影響についても、100mSv以下の被ばくについては統計上、自然発生率の変動範囲よりも小さく、放射線の影響を確認出来ないレベルとされています。

・リスク・ベネフィットを考慮した当該放射線診療の必要性の説明。

上記の様に影響は非常に小さいとはいえ、放射線被ばくはリスクではあります。その上で今回の検査につきましては、患者様の疾患の状態や体調を十分に考慮し、そのリスクをはるかに上回る利益（ベネフィット）が期待される必要な検査となっています。必要性とベネフィットについては依頼科の担当者が説明しますので、不明な点がありましたら担当者にご質問下さい。

・本院における医療被ばく低減に関する取り組み。

当院では最新の医療機器を用い、装置の最適化や柔軟なプロトコル作成、体格に応じた線量コントロールなどにより被ばく線量の低減を図っています。また撮影に際して診断に足る十分な画像の質を担保しつつ、可能な限り低線量で撮影し被ばく線量を抑えています。さらに線量管理を行い、国際的な水準に照らし合わせて不要な被ばくがないかを確認し、被ばく低減に努めています。

以上のように、当院では検査の必要性の検討や、被ばく線量低減の取り組みを十分に行っていますが、ご不明な点やご心配な点がございましたらおたずね下さい。

医療被ばくに関する説明書（2）

・身の回りの放射線

自然放射線やX線検査による被ばく線量を示します。
私たちは、食べ物や大地などから1年間で平均2.4mSvの自然放射線による被ばくを受けていると言われています。
日本では年間2.1mSvですが、多い地域では年間約30mSvという地域もあります。
また、航空機に乗ると宇宙から飛来する放射線の影響のため、東京～ニューヨークの往復で0.11～0.16mSv被ばくするとされています。

身の回りの放射線

自然・人工放射線からの被ばく線量

自然放射線 (日本)



人工放射線



mSv：ミリシーベルト

出典：国連科学委員会（UNSCEAR）2008年報告、
原子力安全研究協会「新生活環境放射線（平成23年）」、ICRP103 他より作成
（環境省ホームページより）

シーベルト（Sv）：

人体が放射線を受けた時の影響は、放射線の種類や受けた部位（臓器）によって異なります。そのためこれらを考慮し、受けた放射線によって人体がどれだけ影響を受けるかを数値化した単位として用いるのがシーベルトです。1ミリシーベルトは1000分の1シーベルトです。