

診療予約申込書(PET-CT 検査) FAX①

平成__年__月__日

青森県立中央病院 放射線部	医師名： 澁谷 剛一
------------------	------------

《紹介元情報》

医療機関名			
依頼診療科		電話	
担当医師名		FAX	

《患者情報》

フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢 歳	男 ・ 女
氏名	様 (旧姓:)				
住所	〒 -				
電話	(自宅)	(携帯)			
県病受診歴	有・無		医療機関での入院中・入所中 : 有・無		

※保険情報の提供は、予め患者さんに同意をお願いします。

青森県立中央病院 ID (県病記載)	
--------------------	--

診療情報提供書(※は必須項目です)

保険診療 ※	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃がんを除く) ※虚血性心疾患・てんかんは行っておりません
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"/> 原発検索
病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ()
腫瘍マーカー及び値	
検査目的 ※	
手術歴 ※	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時期 _____ 疾患・術式 _____ 時期 _____ 疾患・術式 _____
処方	
身長・体重 ※	身長: _____ 体重: _____
提供画像の有無 ※	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

PET-CT 検査適正チェック表 FAX②

1 すべての行動をおひとりで行えますか？(歩行、更衣、トイレ、扉の開閉、検査台移動など)

可 不可 (不可の場合、検査はできません)

➡車イス、ストレッチャー移動の方はご遠慮ください。スタッフによる検査の付き添いは原則できません。理解力が乏しくおひとりで行動できない方も対象外となります。

2 安静に寝ていることは可能ですか？(疼痛や精神疾患の有無などもすべて考慮。)

可 不可 (不可の場合、検査はご遠慮ください)

➡検査前約 1 時間、検査中約 30 分間、安静にさせていただく必要があります。

3 閉所恐怖症はありますか？

なし あり 軽度あり(検査対応可能)

➡検査前は個室で 1 時間待機、検査中は筒状の装置に入り約 30 分安静にさせていただく必要があります。

4 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？

なし あり ありの場合、放射線被ばくの影響から検査はできません。

5 糖尿病はありますか？

なし あり (内服・インスリン・食事療法・未治療)

➡検査前は 4 時間以上の絶食が必要で、糖尿病の薬(内服薬・インスリン製剤)の使用もできません。管理をお願いします。

6 ブドウ糖を含む点滴(高カロリー輸液など)を使用していますか？

なし あり

➡検査当日 血糖値が 200mg/dl 以上の場合、検査結果に影響を及ぼし正確な評価ができません。

7 検査前に調整が必要な心臓ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)、両心室ペーシング機能付き植込み型除細動器(CRTD)を装着されていますか？

なし 調整不要機種あり

調整必要機種あり(該当機種に○をつけてください)

ICD CRTD

「セラ DR-i」 「セラ D-i」 「セラ S-i」 「セラ SR-i」 「セラ VDD-i」 「メドトロニック InSync8040」

➡この検査は CT 撮影も行いますので、機種によって検査前に調整が必要です。検査当日はペースメーカー手帳をご持参いただけるようお願いします。

予約日時記入後患者さんへお渡しください

PET-CT 検査同意書 FAX③

私は下記医師から、PET-CT 検査について説明を受け、その目的および内容を十分に理解いたしましたので、これを受けることについて同意いたします。また、検査中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合は、これを受けることを了承いたします。

年 月 日

説明医師 _____

氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄)_____

※検査日・予約時間等を確認するため、検査前日（土日・祝日を除く）の夕方、担当看護師が電話をさせていただきます。※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。

連絡先電話番号 ① _____ ② _____

青森県立中央病院 PET-CT 検査予約票

予約日時	:	年	月	日()	時	分
------	---	---	---	------	---	---

※検査前に放射線部の診察があります。新患・再来受付を済ませて予約時間の30分前に放射線部受付へお越し下さい。

※検査当日ご持参下さい。

《PET-CT 検査説明書》

【PET-CT 検査とは】

- この検査は、FDG というがんや炎症に集まりやすい放射性医薬品を静脈注射し、PET-CT 装置で撮影する画像診断検査です。放射性医薬品の注射後は**ご本人の体から放射線がでています**。検査当日は他の人との接触を最小限にしてください。(特に妊婦や乳幼児との接触はできるだけ避けてください。)
※体内の放射線は時間と共に減少していきます。検査の翌日は普段どおりでさしつかえありません。
- 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査できません。また授乳中の方、**検査後 24 時間**は乳児との接触・授乳を避けてください。
- FDG からの被ばく線量は、胃のバリウム検査とほぼ同等といわれています。健康に影響が出るほどの線量ではありません。
- 検査で使用する FDG はブドウ糖に非常によく似た薬剤ですので、これによる副作用の可能性は極めて低いと考えられます。万が一副作用が発生した場合は、担当医が速やかに対処いたします。

【PET-CT 検査の注意点】

- 最も大事な注意事項は、**検査前に 4 時間以上の絶食が必要な**ことです。検査予約時間の 4 時間前から絶食してください。**糖分を含まないお水**(水道水・ミネラルウォーター)しか摂取できません。
- **絶食中は糖尿病の薬(内服薬・インスリン製剤)の使用もできません。主治医に確認をお願いします。**その他のお薬の服薬は主治医の指示に従ってください。
- 検査当日に当院の問診室で、空腹時血糖値を測定します。糖尿病や食後等で血糖値が高い(200mg/dl 以上)場合、検査結果に影響を及ぼし正確な評価ができません。
- PET-CT 検査前 1 週間以内に、バリウム等を使用した胃・大腸検査は行わないでください。体内にバリウム等の造影剤が残っていると、検査結果に影響を及ぼし正確な評価ができません。
- 検査は診察～検査終了まで 3 時間程度かかります。
- 検査前日から検査終了まで、過度な運動はしないでください。
- 検査当日は、ペットボトルのミネラルウォーターなど、糖分を含まないお水 500ml をご持参下さい。

【料金・キャンセル等について】

- 検査の料金は、全額で約 10 万円(うち、薬剤の価格が約 5 万円)です。保険適用の場合、3 割分となる 3 万円前後が自己負担となります。保険適用となる疾患及び内容は定められており、それに該当しない場合は保険適用外となります。
- 検査で使用する FDG は時間の経過とともに薬剤の効果が弱くなります。また、この FDG は、医薬品メーカーから供給を受けており、**患者さんの検査時間に合わせて病院に納入されます**。そのため、他の患者さんに代用できません。以上のことから、急なキャンセルや予約時間に遅れる等、患者さんの都合により検査ができなくなった場合、無駄になった薬剤の費用(約 5 万円)をご負担いただく場合もありますのでご了承ください。
- 都合により検査予約日時に来院できない場合は、必ずご連絡下さいますようお願いいたします。

予約受付 電話番号 : 017-726-8019 (放射線部受付 平日 9 時から 16 時)

【ご了承くださいたい点】

- 道路状況や天候の変化などで検査薬剤が到着しなかった場合や装置トラブルなどの際には、検査時間の遅れや検査を延期・中止せざるを得ない場合がありますので予めご了承ください。
- 検査予約時間に遅れた場合、検査中おひとりで行動できなさそうな場合なども検査中止となる場合があります。(必要時家族に付き添っていただく場合もあります)
- PET-CT 検査後(検査当日のみ)は、外来の診察や他の検査・治療を受けることはできません。