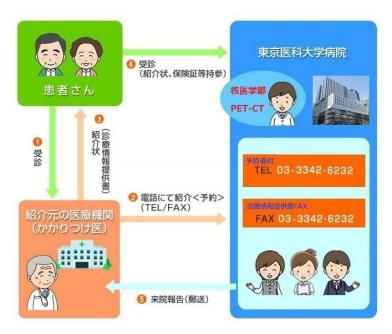
地域の医療機関からのFDG-PET検査の予約申込方法について

- 1. 検査予約は東京医科大学病院 核医学部にて電話でお受け致します。
 - 予約受付電話番号 核医学部受付直通 03-3342-6232
 - (繋がりにくい場合は、代表 03-3342-6222 内線3011)
 - 検査予約後、診療情報提供書を03-3342-6232まで FAX して下さい。
- 2. 本検査について十分ご説明した上で、同意書に必ずご署名いただくようお願いします。
- 3. 紹介患者様に診療情報提供書(封筒)と同意書をお渡し頂き、検査当日は予約時間の 1 時間前までに東京医科大学病院 1 階初診受付にお越しくださいますよう、ご案内して下さい。 (初診受付・放射線科カルテ作成→地下 1 階 核医学部受付)
- 4. 検査結果は郵送にてお送り致します。



《東京医科大学病院 PET-CT 装置について》

当院では、新病院開設に伴いデジタル検出器を搭載した GE ヘルスケア社製Discovery MI を導入しました。従来の機器と比べ病変を診る解像度が 2 倍となったことで微小病変描出能が格段に向上し、早期での診断が可能となりました。またこれまでより低被ばくで短い撮影時間での検査が可能となり、快適に検査を受けて頂けます。



*検査内容に関するお問い合わせは、核医学部 03-3342-6232(直 通)までお願い致します。

ご依頼元情報

診療情報提供書(PET-CT検査用)

東市医科大	学病院放射線科核医学部 担当医宛							
水水丛杆八		医療機関名						
ご依頼日	年 月 日	診療科						
		医師名						
検査日時	 年月日時分	住所						
		電 1 4 0	TEL: ()					
		電話番号	FAX: ()					
	患 者	様 情 報						
フリガナ		生年月日	西暦 年 月	日				
患者氏名	□ □ 男性 様	診療種別	□保険診療(□国保 □社					
	□女性	#D 7/31 [22/33	□自由診療(健診目的など	")				
/>	〒 -	東京医大	ロなし					
住 所		受診歴	□あり (ID:	口不明)				
 電話番号	自宅: ()		()					
		査情報						
依頼検査	□PET-CT(絶食 6 時間) □/i	ふ臓 PET(サ	ルコイドーシス)(絶食 18日	時間)				
臨床診断 (病名)		検査目的						
, _ _ TIII = \(\)		· 压信, +	:数值(年 月)				
病理診断		腫瘍マーカー	:数值(年 月)				
臨床経過								
検査所見								
既往歴								
連絡事項								
化学治療	口なし 初回 (年月日)~	最終日 (年 月 日) または継続	売中				
放射線治療	口なし 初回 (年月日)~	最終日 (年 月 日)部位()				
手術歴	口なし 口あり(年 月 術式:)				
糖尿病	口なし 口あり(口内服薬:		インスリン:)				
(ルロ <i>ル</i>)入7(内)	(当日の服薬状況:)				
透析	ロなし口あり	妊娠	口なし 口あり					
火 ュルト	*PET-CT と同日に受けることはできません。	授乳	口なし 口あり					
移動手段	□歩行・杖 □車椅子 □ストレッチャー	ペースメーカー	口なし 口あり					
リグ キ 月 丁 ∤ X	*自立歩行不可の場合付添人が必要です。	閉所恐怖症	口なし 口あり					
感染症	ロなし 口あり ()	Ga シンチ	口なし 口あり (年	月施行)				

□その他(

 \square MRI

提供情報

 $\Box CT$



PET-CT 検査予約票

フリガナ				性 別		□ 男性	口 女性	
患者氏名			様	生年月日	西暦	年	月	В
予約日時	西暦	年	月		日	時		分
	予約時間の 1 時間前までに東京医科大学病院 1 階初診受付にお越し下さい。							

参検査当日の持ち物

□健康保険証 □診療情報提供書 (封筒) □同意書 □検査予約票(この用紙)
---------------------	---------------------

- □500 ml の水またはお茶 (無糖) □当院診察券 (当院を受診されたことがある方)
- ロフィルムまたは CD-ROM 等(主治医の先生からお預かりしたものがある場合)
- ロペースメーカー手帳(心臓ペースメーカーをご利用の方)

◆注意事項

予約時間の6時間前からは食事を控えて下さい。検査前日より激しい運動は避けて下さい。

糖尿病のお薬は検査当日の服用を中止して下さい。(不明な点は主治医にご相談下さい。)

- ・ご来院時間を厳守してください。
- ・検査前日の夕方に東京医科大学病院看護師より注意事項について電話連絡致します。
- ・検査の注意事項やご来院時刻が守られない場合、検査中止になることがございますので 余裕を持ってお越しください。
- ・検査の所要時間は約3時間です。
- ・前後の検査の進行状況や装置の不具合等により、検査開始の遅れや検査が行えない場合 がございますので予めご了承ください。

☆ご予約の変更

原則当日のキャンセルはご遠慮ください。ご予約の変更は、検査前日 16 時までに(土 日祝日を除く)下記の連絡先までお電話ください。また変更及びキャンセルされた場合 は、患者さまより主治医の先生にお伝えください。

♦検査結果の説明

検査結果の説明は、検査をお申し込み頂いた医療機関にて主治医の先生より行います。

参検査料金の支払いについて

料金は、検査当日に1階の自動精算機にてお支払い頂きます。

検査費用は、保険診療3割負担の場合で約30,000円程度となります。

検査に関するご質問及び予約変更・当日の緊急連絡は

東京医科大学病院核医学部 03 (3342) 6232 までお願い致します。

《電話受付時間帯 平日 8:00~17:00》

PET-CT 検査説明及び同意書

(患者様 配布用)

フリガナ				性 別		□ 男性	口 女性	
患者氏名			様	生年月日	西暦	年	月	\Box
予約日時	西暦	年		月	В	В	±,	分

□ PET-CT 検査について

PET-CT 検査は、ブドウ糖に放射性同位元素(18 F)を標識した 18 F-フルオロデオキシグルコース(FDG)という薬剤を静脈注射した後に PET-CT 装置で撮影を行い、がんや炎症等の疾患を診断する検査です。がん細胞が正常細胞に比べて多くのブドウ糖を細胞内に取り込んで消費する性質を利用して、 18 F-FDG が多く集まる場所をつきとめ、がんを発見することができます。注意点として、 18 F-FDG はがん以外に、炎症性疾患、甲状腺腫および大腸ポリープ等の良性疾患にも集積を示します。その他、糖代謝の盛んな脳や心臓、排泄経路である腎臓や膀胱にも集積する性質があり、これらの臓器では診断が困難な場合があります。さらに糖代謝の低いがん、肝細胞がんや早期胃がんのような 18 F-FDG が集積しにくい腫瘍、 10 mm 未満の小さな腫瘍は診断できない場合があります。PET-CT 検査はこれらの特徴を踏まえた上で、他の検査と合わせて診断を行うため、今回の検査で異常所見がみられた場合、別途検査をお勧めすることがあります。また、撮影時間は 30 分程度ですが、受付から検査終了までは 3 時間程度かかります。

□ 放射線被ばくについて

本検査による被ばく線量は体格により異なりますが、概ね $2.0\sim5.5\,\mathrm{mSv}$ です。これは胃のバリウム X 線検査で受ける被ばく線量と同程度です。ただし、放射性薬剤($^{18}F\text{-}FDG$)の投与により患者様自身が放射線源となるため、検査終了後 24 時間は、放射線の影響を受けやすい乳幼児やお子様との接触時間を短くし、長時間の添い寝は避けてください。また、検査を施行するスタッフの被ばく量を抑えるため、 $^{18}F\text{-}FDG$ 投与後の患者様への対応は遠隔での放送により行います。

□ 安全性および危険性

本検査に用いる 18 F-FDG はブドウ糖の類似物質であるため、副作用の心配は殆どありませんが、まれに気分不良、発熱、嘔吐、血圧低下などを起こす場合があります(0.3%以下)。

□ 注意事項

正確な診断のため、以下の注意事項をよくお読みいただき、指示を遵守してください。

- ・検査前日および当日は運動を控え、安静にお過ごしください。
- ・検査予約時間の6時間前から食事をしないでください。アメ、ガムおよび糖分を含んだ飲み物等も摂らないでください。糖分のない水分は摂取可能です。検査当日の空腹時血糖値が $150 \, \mathrm{mg/dl}$ 以上の方の場合、診断能が低下します。
- ・検査当日は糖尿病治療薬(血糖降下剤・インスリン注射)を使用しないでください。 それ以外の内服薬は主治医の指示がなければ、通常通り服用してください。
- ・体が冷えることで検査精度が下がる場合があります。当日は体を冷やさない服装でお越しください。

□ 検査日の変更・キャンセルについて

原則、当日のキャンセルはご遠慮ください。ご予約の変更は、検査前日 16 時までに(土曜祝日を除く)検査予約票に記載されている連絡先までお電話ください。また、変更およびキャンセルされた場合は、患者様より主治医の先生にお伝えください。本人の都合や体調不良により前日までの連絡なくキャンセルされますと、検査薬費用(約 45,000 円/税別)を負担して頂く場合があります。

□ その他

- ・お一人での移動や安静が困難な場合は、お付き添い(ご家族など)の方に介助をお願いします。
- ・周囲への被ばくを避けるため、検査後は周りの人との距離を取り長時間接しないようにしてください。
- ・当日は、本検査以外のご予定を入れないようにしてください。
- ・検査の注意事項やご来院時刻が守られない場合、検査中止になることがございます。ご来院の際は余裕を もってお越しください。
- ・前後の検査の進行状況、撮影装置・18F-FDG 投与装置の故障や不具合および交通事情等による 18F-FDG 検査薬の配達遅延等の理由によって、検査開始の遅れや検査が行えない事がございますので予めご了承ください。
- ・18F-FDG 検査薬の投与は静脈注射により行いますが、検査薬が血管外漏出した場合、後日再予約していただく場合があります。
- ・妊娠中または妊娠の可能性がある方の検査は行っておりません。
- ・授乳中の方は、検査後 24 時間は授乳出来ません。事前に搾乳してください。帰宅後は一度搾乳して、母乳は廃棄してください。
- ・個人情報保護に十分留意した上で、教育・研究目的に検査データを使用させていただく場合があります。

東京医科大学病院 殿									
説明担当医			ÉП	_					
私は、上記の内容につい	ハて十分に理 約	解しました	こので、村	食査の実施	施に同意	えします。			
署名年月日	年	月	日						
患者様ご本人署名:									
患者様代理人署名:									
(患者様が未成年又は割	忍知症等によ	り判断でき	きない場合	合や本人に	による署	『名ができ	ぎない場	合には	
代筆者による『ご本』	人署名欄』及る	び『代理人	【署名欄』	への署名	名をお願	い致しま	ミす。)		

交通アクセス

東京医科大学病院

住所 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1 TEL 03-3342-6232 (核医学部受付)



