

紹介先医療機関

医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院 担当医 殿

ご紹介元医療機関

年 月 日

住所
名称

TEL
FAX

診療科

医師氏名

印

¹⁸F-FDG PET検査依頼書
(診療情報提供書)

フリガナ 受診者氏名	殿	男・女	錦秀会共通診察券番号()
受診者住所	〒 -		生年月日 T・S・H・R 年 月 日生(才) TEL ()

(該当するところにチェック✓又は○をつけて下さい)

保険適用 A・B・Cそれぞれの項目をチェックして下さい。

A. 病名
 肺癌 乳癌 大腸癌 胃癌(早期を除く) 頭頸部癌 脳腫瘍 脾癌 悪性リンパ腫
 転移性肝癌 原発不明癌 悪性黒色腫 食道癌 子宮癌 卵巣癌
 その他の悪性腫瘍()
 心サルコイドーシス てんかん
※「疑い」病名、悪性腫瘍の既往がない症例での腫瘍マーカーの上昇のみは保険適用になりません。

診断根拠
 病理診断(所見:)
 画像等による臨床診断(所見:)

B. 検査目的
 病期診断 転移・再発診断 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
※良悪性の鑑別、悪性リンパ腫以外の治療効果判定は保険適用になりません。

C. 既に行われた検査
 単純X線 CT MRI US RI 内視鏡 腫瘍マーカー() 正常 上昇
 その他()
※PET/CTの前に、他の検査・画像検査を実施しなければ保険適用になりません。

保険適用外
 病名・検査目的など()

症状 検査所見 治療経過 など	
既往歴 手術歴	

告知	無・有(本人・家族) (説明内容)	身長() cm	体重() kg
感染症	無・有()・未検査	妊娠	無・有 閉所恐怖症 無・有
糖尿病	無・有(空腹時血糖値 mg/dl)	酸素吸入	無・有 持続点滴 無・有
腎機能	正常・異常(水分制限 無・有 _____ ml) 有の場合は検査時飲水量を(0~500mlで指定して下さい)	現在の状況	外来・入院(病棟名)
ICD(埋め込み型除細動器)	無・有	移動方法	独歩・杖・車椅子・ストレッチャー
		介助	不要・要()



紹介先医療機関

医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院 担当医 殿

ご紹介元医療機関

年 月 日

住所
名称

TEL
FAX

診療科

医師氏名

印

¹⁸F-FDG PET検査依頼書
(診療情報提供書)

フリガナ 受診者氏名	殿	男・女	錦秀会共通診察券番号()
受診者住所	〒 -		生年月日 T・S・H・R 年 月 日生(才) TEL ()

(該当するところにチェック✓又は○をつけて下さい)

保険適用 A・B・Cそれぞれの項目をチェックして下さい。

A. 病名
 肺癌 乳癌 大腸癌 胃癌(早期を除く) 頭頸部癌 脳腫瘍 脾癌 悪性リンパ腫
 転移性肝癌 原発不明癌 悪性黒色腫 食道癌 子宮癌 卵巣癌
 その他の悪性腫瘍()
 心サルコイドーシス てんかん
※「疑い」病名、悪性腫瘍の既往がない症例での腫瘍マーカーの上昇のみは保険適用になりません。

診断根拠
 病理診断(所見:)
 画像等による臨床診断(所見:)

B. 検査目的
 病期診断 転移・再発診断 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
※良悪性の鑑別、悪性リンパ腫以外の治療効果判定は保険適用になりません。

C. 既に行われた検査
 単純X線 CT MRI US RI 内視鏡 腫瘍マーカー() 正常 上昇
 その他()
※PET/CTの前に、他の検査・画像検査を実施しなければ保険適用になりません。

保険適用外
 病名・検査目的など()

症状 検査所見 治療経過 など	
既往歴 手術歴	

告知	無・有(本人・家族) (説明内容)	身長() cm	体重() kg
感染症	無・有()・未検査	妊娠	無・有 閉所恐怖症 無・有
糖尿病	無・有(空腹時血糖値 mg/dl)	酸素吸入	無・有 持続点滴 無・有
腎機能	正常・異常(水分制限 無・有 _____ ml)	現在の状況	外来・入院(病棟名)
有の場合は検査時血糖値が150mg/dl以下にコントロールして下さい		移動方法	独歩・杖・車椅子・ストレッチャー
有の場合は検査時飲水量を(0~500ml)で指定して下さい		介助	不要・要()
ICD(埋め込み型除細動器)	無・有		



¹⁸F-FDG PET検査予約票

検査を受けられる患者様へ

予約日時 年 月 日
午前・午後 時 分

来院時間(検査予約時間の30分前)
時 分

フリガナ
受診者氏名

殿

男・女

検査前に、受付・問診票の記入、着替え等を済ませていただきます。

受診者住所

〒 -

TEL ()

検査に関する注意事項

1. 検査開始5時間前から検査終了までは、食事をとらないで下さい。
2. ただし、糖分を含まない飲み物は飲んでもかまいません。

飲んでよいもの…緑茶、水、ウーロン茶、砂糖の入っていないコーヒー・紅茶
いけないもの……ジュース、スポーツドリンク、グルコースを含んだ点滴

3. 検査の前日から、筋肉疲労がたまるような運動
(ウォーキング、ジョギング、通常のスポーツなどやガム・飴などの口腔運動)を控えて下さい。
4. 病院で処方されているお薬は、主治医の指示に従って下さい。
5. 介助が必要な方は、ご家族の付き添いをお願いいたします。
6. 炎症や消化管を判別するため、時間を延長して再度撮影する場合があります。

【検査後のご注意】

- ・薬剤の排泄を促すために、水分をとって下さい。検査後は飲み物の種類に制限はございません。
- ・検査後半日ほどは、妊婦や乳幼児との接触を控えて下さい。

当日のお持ち物

1. 医療機関からの紹介状(検査依頼書)と検査結果(フィルムなど)
2. 健康保険証各種、お薬手帳、錦秀会共通診察券(お持ちの方)
3. 検査予約票、検査同意書、問診票(入院中の場合)

予約変更について

PET/CT検査に使用する薬剤は患者様の検査の予約日時に合わせて当院で製剤いたします。従いまして**予約のキャンセルや変更は3日前までにご連絡**いただきますようお願いいたします。また、**当日受付時間に遅れ**そうな場合などは**必ず下記へご連絡**をお願いします。

万が一、特別な事情などで検査ができなかった場合は、後日改めて検査させていただきますのでご了承下さい。



医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院

阪和インテリジェント医療センター

堺市中区深井北町3176 TEL 072-277-1412(直通) FAX 072-277-1136

FDG

患者様にお渡し下さい。

¹⁸F-FDG PET検査の説明及び同意書

ポジトロン断層撮影(PET)検査を受けるにあたり、以下のことをご理解下さいませよう願いたします。

1. ポジトロン断層撮影(PET)検査について

PET検査は、FDG(フルオロデオキシグルコース)というブドウ糖によく似た放射性薬剤を静脈注射した後PET装置で撮影を行い、¹⁸F-FDGの分布を調べることで診断します。そのため検査開始前5時間絶食していただき、また薬剤注射後60分程度安静にさせていただきます。(高血糖状態または運動後は検査結果に支障があります)

2. 検査の安全性と危険性

当院で使用する¹⁸F-FDGは日本核医学会及び日本アイソトープ協会が定めるガイドラインに準拠し、院内で当日製造し品質試験に合格したものです。この薬剤による、重篤な副作用の報告はありません。

PET検査1回の被ばく量は約3mSv(シーベルト)です。(胃のバリウム検査での被ばく量は約4mSvです。)

PET/CT検査の被ばく量は10mSv程度となります。この線量で放射線障害が起こることはありません。

(ただし、妊娠している方、小児の方についてはご相談下さい。)

3. PET検査を受けるにあたり次の点をご理解下さい

- ・FDGは糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積します。また尿から排出されるので、腎臓や尿路、膀胱に強く集積します。そのためこれらの臓器の診断は難しくなります。
- ・FDGは炎症や甲状腺腫、大腸腺腫などの良性疾患にも集積します。
- ・FDG-PETは顕微鏡レベルのがんや5mm以下の小さながん、糖代謝の低いがんは診断できません。また、がんの中にも肝細胞癌や胃癌などのようにFDGが集積しにくいものがあり診断できないことがあります。
- ・糖尿病で空腹時血糖が高い場合は、小さい病変の検出がより困難になりますので、主治医の先生にご相談下さい。
- ・月経のある方は卵巣及び子宮への生理的集積を避けるために、生理後1週間目位の受診をお勧めいたします。
- ・ICD(埋め込み型除細動器)を使用している方は、メーカーもしくは臨床工学技士立ち合いの下、撮影を行う必要があります。
- ・PETによる画像診断は一度の検査で全身を検査できる非常に優れた検査ですが、上記のような限界があり、がんを100%診断できるものではないことをご理解下さい。このため今回の検査で異常所見が見られた場合、診断のため更に他の追加検査をお勧めする場合があります。

4. その他

- ・今回の検査結果を、学術目的のために利用させていただく場合がありますのでご理解下さい。なお、この際氏名などの個人情報は一切公表されることはありません。
- ・おかかりになっている医療機関からのご紹介の場合、結果は医療機関に報告いたします。またその時他の検査の結果について問い合わせをさせていただく場合があります。
- ・この検査は受診者の自由意志に基づくもので、受診することに同意されたあとも検査を中止することができますので、お申し出下さい。

説明者 _____

同意書

私は、検査に関する説明を十分理解し納得しましたので、
医療法人錦秀会 阪和第二泉北病院 阪和インテリジェント医療センターで検査を受けることに同意します。

年 月 日

受診者氏名 (自署又は印)

代理者氏名 (自署) (続柄)

代理者住所

患者様にお渡し下さい。

PET/CT検査の流れ

1 受付・更衣

検査の受付をいたします。
次に問診票をご記入いただき検査着に着替えていただきます。

2 問診・身体測定

検査前に身長・体重を測定します。



3 注射・採血

検査薬(FDG)を静脈注射します。



4 飲 水

余分なFDGを尿とともに体外へ排出するため、お水を飲んでいただきます。

5 安 静 (約60分)

検査の直前に排尿していただきます。



6 PET/CT検査

検査時間は1回につき約25分。
30分間隔で2回検査する場合があります。



7 休 憩

体内のお薬が十分排泄されるまでお休み下さい。
(排尿1回を目途に)



8 検査終了

検査は約2～3時間で終了します。

9 会 計

お支払いを済ませて下さい。

検査結果は**4日以内**に主治医の先生にお渡しいたします。
お急ぎの場合はお申し出下さい。

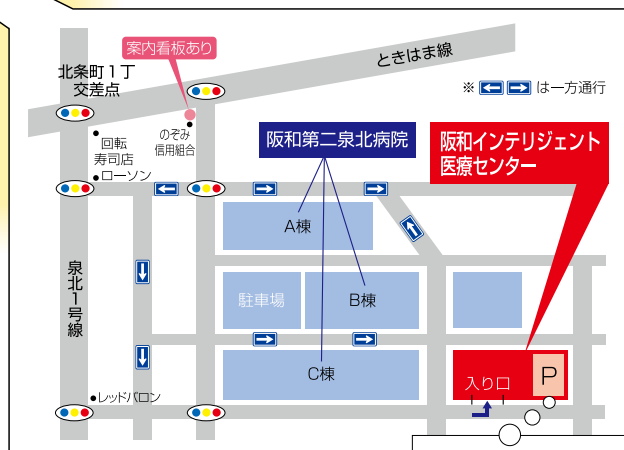


Access Map

- 南海高野線・中百舌鳥
 大阪メトロ御堂筋線・なかもす
 南海バス → ます陵南町 西南へ徒歩5分 →
 タクシー(2.2km)
- JR阪和線・上野芝
 泉北高速鉄道・深井
 病院送迎バス →
 タクシー(1.7km)
- 阪神高速堺線終点
 26号線 浜寺中学校左折 約10分 →
- 阪和自動車道
 堺出口 → 約15分 →

阪和インテリジェント医療センター

「最寄り駅までの送迎もありますのでご相談下さい」



駐車場は敷地内にありますのでお車で門の中にお入り下さい。

送迎バス時刻表

上野芝駅

	平日	
	上野芝→病院行き	病院→上野芝行き
7時	15 40	05
8時	00 20 40	
9時	20 55	10 45
10時	15 40	05 30
11時	15 40	05 30
12時	30 50	20 40
13時	20 50	10 40
14時	20 50	10 40
15時	10	00 45
16時	00 25 50	15 40
17時	15 40	05 30 55
18時	05 30 55	20 45
19時		10 35
20時		15

JR上野芝駅前

泉北高速 深井駅前

送迎バスをご利用の場合は運転手に声をかけて下さい

深井駅

	平日	
	深井→病院行き	病院→深井行き
7時	15 40	05
8時	00 20 40	
9時	20 55	10 45
10時	15 40	05 30
11時	15 40	05 30
12時	30 50	40
13時	20 50	10 40
14時	20 50	10 40
15時	10	00 45
16時	00 25 50	15 40
17時	15 40	05 30 55
18時	05 30 55	20 45
19時		10 35
20時		15