

紹介先医療機関名 独立行政法人 九州がんセンター がん相談支援センター（地域医療連携室） 宛
 国立病院機構
 FAX：092-541-3390 TEL：092-542-8532

* 検査希望日3日前（15:00）までにお申し込みくださいますようお願いいたします。
 * 変更・キャンセルなどの連絡は、2日前（12:00）までにがん相談支援センターまでご連絡ください。

記入日： 年 月 日

紹介元医療機関：

名 称			
所 在 地			
TEL・FAX	TEL：	FAX：	
診療科・主治医名	診療科：	主治医名： ㊦	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日・性別	年	月	日（ 歳） 男・女
住 所	〒		
T E L	（ ）		
	* 検査前日にお電話でお知らせします。その際の電話番号の記入をお願いします。（前日が休日の場合は、休日前にお電話します）		
	（ ）		
当院受診歴	無・有（ID： ）		
	* ご存知でしたら患者ID番号の記入をお願いします。		

紹介先医療機関名： 独立行政法人 九州がんセンター PET/CT・RIセンター
 国立病院機構

第一希望日： 年 月 日

第二希望日： 年 月 日

* 検査が終わりしだい、患者さんには帰っていただきます。

検査結果は原則として翌診療日以降に発送します。発送方法について、ご希望の番号に○を付けてください。

1. 報告書とCD/DVDを郵送
2. 報告書のみを郵送、CD/DVDなし
3. 報告書をファクスで送付、後日報告書とCD/DVDを郵送
4. 報告書をファクスで送付、後日報告書を郵送、CD/DVDなし

紹介先医療機関名 独立行政法人 九州がんセンター がん相談支援センター（地域医療連携室） 宛
 国立病院機構
 FAX：092-541-3390 TEL：092-542-8532

* FAX送信後、捺印していただき「診療情報提供書」としてご本人さんに持たせてください。
 * 保険適応については、厳密に定められております。検査担当医が適応外と判断した場合は折り返しご連絡いたします。

ご持参用

記入日： 年 月 日

紹介元医療機関：

名 称			
所 在 地			
TEL・FAX	TEL：	FAX：	
診療科・主治医名	診療科：	主治医名： ㊦	
フリガナ			
患者氏名			

患者情報：

* 現在入院中ですか？（はい・いいえ） ➡ 「はい」の場合、DPC対象病院ですか？（はい・いいえ）

臨床診断（確定病名） *早期胃がんを除く	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断・ <input type="checkbox"/> 転移・再発診断・ <input type="checkbox"/> 原発巣検索・ <input type="checkbox"/> 治療効果判定（悪性リンパ腫のみ）
糖尿病/ペ-スメーカー	糖尿病： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（空腹時血糖値： mg/dl）/ペ-スメーカー： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（型式 ）
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> その他（「その他」の場合、ご連絡/ご相談ください。）
仰臥位30分間静止	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可（「不可」の場合、検査できません。）
飲 水	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 * 300~500ml程度
独り1時間程度の待機	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可（「不可」の場合、介助者の同意が必要になります。）
妊 娠 / 授 乳	妊娠： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、検査できません）/ 授乳： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（「有」の場合、24時間後まで授乳は不可）
感 染 症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> HBs抗原・ <input type="checkbox"/> HCV抗体・ <input type="checkbox"/> MRSA・ <input type="checkbox"/> 結核・ <input type="checkbox"/> その他（ ）/ CRP（ mg/dl）
過去のPET検査	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（日付： ）
同一月内の検査	<input type="checkbox"/> CTを実施 * PETのみの請求となります。・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチを実施 * 主たるもののみの請求となります。
実施画像検査(3ヵ月)	<input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> RI・ <input type="checkbox"/> US・ <input type="checkbox"/> その他（ ） * 3ヶ月以内に画像診断を実施している必要があります。
病 理 診 断	結果： * 得られていない場合「臨床経過」に理由をご記入ください。
腫瘍マ-カー	* 値、検査日付をご記入ください。
臨 床 経 過	手術歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（日付： 術式： ）
	化学療法： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（期間： ）/ 放射線療法： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（期間： ）
	* 疾患名、病変部位、経過、画像診断およびその他の検査所見、治療内容（手術、化療等）等、具体的にご記入ください。

* 保険適応につきましては、別紙「PET/CT検査の保険適応について（医師用）」をご参照ください。

PET/CT検査の注意事項について

このたびはPET/CT検査をご予約いただきまことにありがとうございます。
注意事項は下記の通りとなっております。必ずお守りくださいますようお願いいたします。
何かご不明な点などございましたら、がん相談支援センターまでご連絡ください。

～ 対象患者について～

◆当院で行うPET/CT検査は悪性腫瘍の診断のみです。脳（てんかん）や心疾患の診断目的、また
検診目的でのPET/CT検査は行っていません。

1. 原則として、自立歩行または車椅子移動が可能な患者さんが対象です。
2. 車椅子移動や介助を必要とされる場合は事前にご連絡ください。
3. 妊娠中や妊娠の可能性のある方は原則として検査をお断りしております。
4. 閉所恐怖症の方、お一人では30分以上の安静が保てない方は事前にご連絡ください。
5. 原則、空腹時血糖値は150mg/dl以下が望ましいですが、後述する前処置を厳守しても高血糖（たとえば200mg/dl以上）の場合や遵守が不十分の場合でも検査は中止せず予定時間通りに行います。その際は薬剤分布の変化により診断能が著しく低下する可能性がありますのでご了承ください。
6. 乳幼児との密接な接触は検査終了後12時間は避けるようお願いいたします。
7. 授乳は24時間後まで不可です。
8. 検査当日の他診察や検査は控えるようお願いいたします。
9. PET/CT検査に先行してバリウムによる消化管検査を行う場合は、できるだけPET/CT検査予約日の1週間前まで（最低でも3日前）に終了してください。

～ 前処置について～

1. 検査6時間前の絶食をお願いいたします。ただし、糖分を含まない水分（水やお茶）は摂取できます。
2. 検査4時間前から経口糖尿病薬の服用やインスリン注射は避けてください。
3. 経口糖尿病薬の服用やインスリン注射については必ず前処置の説明と実施をお願いいたします。1型糖尿病などで中止が困難な場合はがん相談支援センターへご連絡ください。
4. 糖分（ブドウ糖）が含まれる点滴を使用している場合は、含まれないものに切り替えてください。
5. 前日からは激しい運動やマッサージ、重い物を持つ等も避けてください。
6. 検査前日からは下剤の使用はできるだけ避けてください。

注 ● 前診療日15:00以降のキャンセルにおいては、検査薬の費用（45,200円 税抜き）を
ご負担いただきます。ご了承ください。

裏面もごぞいます ▶▶▶

PET/CT検査の保険適応について

このたびはPET/CT検査をご予約いただきまことにありがとうございます。

悪性腫瘍の診断におけるPET/CT検査の保険適応要件は下記の通りとなっております。また、過去3か月以内にCT、MRI検査等の画像検査を行っていることが原則ですので、再度ご確認くださいませますようお願いいたします。（当院ではてんかんや心疾患の診断ならびに健診を目的とするPET/CT検査は施行しておりませんのでご了承ください。）

検査当日はなるべく参考となる画像データをご持参いただきますようお願いいたします。ご持参いただいた画像データは、後日、検査結果と併せてご返送させていただきます。

Check 1. 「PET/CT検査の保険適応要件表」のいずれかに該当するかをご確認ください。

◆ PET/CT検査の保険適応要件表

検査目的	保険適応
<p>悪性腫瘍</p> <p>* 早期胃がんを除く</p> <p>* 悪性リンパ腫を含む</p>	<p>• 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者。（悪性リンパ腫は治療効果判定が可能だが、治療効果判定に用いられた場合でも転移・再発診断と見なす。）</p>

Check 2. 病理組織学的な確定診断を得られない場合は、以下をご確認ください。

- その理由を具体的にご記入ください。（例：病変が大血管に近く生検リスクが高い）
- 「CT、MRI検査で確定できない」等、3ヶ月以内に実施された画像検査の種類とその結果を具体的にご記入ください。
- 临床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される場合はその理由を具体的にご記入ください。

Check 3. 転移・再発疑いの場合は、以下をご確認ください。

- 「転移（再発）を疑う」とご記入ください。「経過観察」では保険適応外となります。

Check 4. 同一月にガリウムシンチ検査を実施している場合は、以下をご確認ください。

- 主たるもののみの請求になります（どちらか一方しか算定することができません）。

Check 5. 以前PET/CT検査がなされている場合、直近のものが少なくとも3ヶ月以上経過しているかをご確認ください。

- 査定の対象となる場合があります。

PET/CT 検査説明書

PET/CT検査は高額な検査です。必ずお読みください。

患者用

1. PET/CT検査について

- FDG-PET/CT検査（以下PET/CT検査）は、ブドウ糖と類似した放射性医薬品（ ^{18}F -FDG）を静脈注射し体内の組織や病変のブドウ糖代謝の状態を画像化する検査で、がんの診断では、一般的にがん細胞ではブドウ糖代謝が盛んである（正常細胞の約3～8倍）ことを利用しています。これにCTを組み合わせより詳しい診断を行います。注射するFDGは微量で、放射線量は約2時間毎に半減し、尿からも排泄されますので翌日にはほとんど体内には残りません。検査での被ばくは、FDGで約3.5mSv（ミリシーベルト）、CTでは撮像方法にもよりますが5～14mSv程度とされており、放射線障害をきたすレベルではありません。

2. 注意事項（正しい検査をするために必ずお守りください）

- 検査前日からは**激しい運動**（水泳、ジョギング、テニス、筋力トレーニング等）や**マッサージ、重い物を持つ**などの行為は**避けて**ください。
- **検査6時間前からは絶食**です。飲水は、水または**糖分を含まない**お茶類（緑茶、麦茶、烏龍茶等）のみ可能です（あめ、ガム、ジュース、野菜ジュース、スポーツドリンク、牛乳は不可）。
- **検査4時間前からは経口糖尿病薬の服用やインスリン注射はできません**（ご使用中の経口糖尿病薬やインスリンはご持参ください）。また検査前日から下剤の使用はできるだけ避けてください。その他のお薬は通常通り服用ください。
- 妊娠中や妊娠の可能性のある方は原則として検査できません。主治医にご相談ください。
- 閉所恐怖症の方、一人で30分以上安静が保てない方、車椅子移動や介助を必要とされる方はあらかじめ主治医にご相談ください。

3. 検査の流れ

問診 → 更衣 → 注射 → 安静 → 撮像 → 安静 → 追加撮像（必要な場合） → 終了
全部で約2～3時間かかります。検査の間は検査室から出ることはできません。

4. 検査当日

- 検査予約時間の**30分前までに総合受付へお越しください。保険証・予約表・紹介状などの提出をして**いただきます。
- **上記 2. の注意事項を充分守れていない場合、また充分守れていたにも関わらず高血糖の場合でも検査は中止せず予定時間通り行います。その際は薬剤の体内分布が変化して診断能が著しく低下する可能性があることを充分ご了承いただいた上での検査といたします。**
- 全額で10万円前後の検査です。保険適用の場合3割負担の方で3万円前後かかります。原則として保険適用外の検査は行っていません。
- 検査当日は、基本的に外来の診察や他の検査を受けることはできません。
- 検査終了当日は、妊婦や乳幼児との接触をできるだけ避けてください。
- 授乳中の方は、検査終了後24時間は授乳しないでください。

5. その他

- ご都合により検査を**キャンセルされる場合は、必ず2日前の正午まで**にがん相談支援センターへご連絡ください。
- **前診療日15:00以降のキャンセルにおいては検査薬の費用（45,200円 税抜）をご負担いただきます。**
- 検査前日、ご自宅または携帯電話に予約確認の連絡をさせていただきます。ご都合の悪い方はお申し出ください。

PET/CT検査を受けられる方へ

- 検査時間は、およそ2時間から3時間程度です。検査が始まると検査終了までPET/CT・RIセンターから出ることができませんのでご協力をお願いします。
- 本日は、他の検査や診察は受けることができませんのでご了承ください。

当日の検査の流れ

検査の準備

こちらで用意している検査着に着替えていただきます。
重品等はロッカーの中に入れ、必ず鍵をかけてください。

血糖値、身長/体重の測定 問診

薬剤投与（放射性医薬品）

決まった時間に静脈注射を行います。

撮影前の安静（約1時間）

お薬が全身に行き渡るまで約1時間程度、待機/回復室で安静にお待ちください。
お茶や水は自由に飲んで構いませんが、あめやガム等は食べないでください。
読書や携帯電話の操作、会話もお控えください。
撮影時間になりましたら、モニタ画面と音声にてお手洗いを済ませて頂くようにお知らせします。《注意》トイレは、男性の方も必ず座ってご利用ください。
(義歯がある場合は、撮影直前に外していただきます。)



撮 影

PET/CT室にて撮影を行います。検査時間は30分程度です。



撮影後の安静

待機/回復室にて約30分程度お待ちいただきます。
必要な場合、2度目の追加撮影を行う場合があります。(検査時間は約15分です。)

検査終了

検査終了のアナウンスを致します。更衣後、お帰りください。
使用した検査着等は部屋に置いたままで結構です。