

PET/CT検査紹介状(診療情報提供書)

十全記念病院 PETセンター担当医宛

放射線部 PET・RI予約センター TEL 053-586-1522 FAX 053-586-6126

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様 (男・女)	医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師氏名
---	---------------	-------------------------------------

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 8時 <input type="checkbox"/> 10時30分 <input type="checkbox"/> 13時30分
------	--

(予約時間のいずれかのへ、レ点をしてください。)

確認事項

PET検査歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	同月内RI検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
腎機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(車いす・ストレッチャー)
ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	30分程度の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

臨床診断 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他(自由診療)
検査目的 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発巣検索
実施した画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他()
当日持参画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他()
病理診断 <input type="checkbox"/> 実施している……… <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診()
腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 実施している()
手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 術式
放射線治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日
化学療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日

臨床経過

画像及びレポート報告希望日 H 年 月 日迄	送迎希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (同乗者 名)
------------------------	--

PET/CT検査予約票(患者様用)

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様 (男・女) 医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師氏名
---	--

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 8時 <input type="checkbox"/> 10時30分 <input type="checkbox"/> 13時30分
------	--

(予約時間のいずれかの□へ、レ点をしてください。)

患者様へのお願い

・【送迎希望を申し込まれた方】は、PET・RIセンター担当者より患者様の携帯電話にご連絡のうえ病院指定の場所にお迎えに参ります。

十全記念病院PET・RIセンター送迎車



送迎1号車
 ヴォクシー 浜松502 せ 20-82
 専用携帯 090-5634-1700



送迎2号車
 プリウスα 浜松301 76-50
 専用携帯 090-4851-1700

・【直接来院される方】は、予約時間の5分前までに十全記念病院総合受付までお越しいただき、検査予約票を提出してください。

・飲食は、検査前6時間は糖分の含まれない飲み物(水・お茶)以外は控えてください。検査前に糖分を摂取すると薬剤が十分に行き渡らなくなります。

・検査は予約制となっております。予約時間に遅れる・来院できない場合は前日の午後3時までにご連絡ください。
 (十全記念病院 放射線部・検査部 PET・RIセンター TEL 053-586-1522)

当日お持ちいただくもの

・PET/CT検査同意書 ・PET検査予約票 ・保険証 ・診察券(お持ちの方) ・内服中の薬

地図



医療法人 明徳会 **十全記念病院**
 〒434-0042
 静岡県浜松市浜北区小松1700
 TEL 053-586-1115(代) FAX 053-586-7950
 PET・RIセンター直通
 TEL 053-586-1522

PET/CT 検査同意書

《PET/CT 検査を受けるにあたって、以下をお読みになりご署名の上検査当日に持参ください。》

- PET/CT 検査では FDG (フルオロデオキシグルコース) という放射線同位素を使用しますが、この検査薬による重篤な副作用の報告はありません。
- FDG はブドウ糖とほぼ同じ成分です。そのため検査前に糖分を摂取していると FDG が十分に行き渡らなくなります。検査前 6 時間は糖分の含まれない飲み物 (水・お茶) 以外は控えてください。また糖尿病の方は、検査当日の飲み薬およびインシュリン注射を控えてください。
- PET/CT 検査 1 回の被ばく量は約 20mSv (シーベルト) です。PET 単体での被曝量は 2~3mSv になります。むやみに続けて何度も行うことをしなければ、医学的に問題となる可能性はきわめて低いと考えます。
- FDG は糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積するため、他の部位に比べて検査感度が高くありません。また静脈注射された FDG は腎臓から尿管、膀胱へ排出されます。そのためこれらの臓器の腫瘍原発巣の診断には、他の検査を併用し補う必要があります。
- 炎症性疾患 (胃炎や咽頭炎など)、甲状腺腫や大腸腺腫などの良性疾患に FDG の集積が認められる場合があります。
- 悪性度の低いがんや一部がん化しているなど、がん細胞の占める割合の少ない腫瘍は検出されない可能性があります。
- 臓器の生理的な機能 (消化管の蠕動運動など) によって正常でも集積を認める場合があります。このような場合、集積の原因を確かめるために、別途検査をお勧めすることがあります。
- 1 cm 未満の小さい腫瘍は装置の解像度の限界を超えるため検出が困難なことがあります。
- 妊娠中、または授乳中の方は受診できません。
- 検査前の食事摂取・前日の過度の運動は検査結果に大きな影響が出ますので必ず指示に従うようお願いいたします。

※ PET/CT 検査による画像診断は、従来の画像診断よりもはるかに優れた診断機能を有しておりますが、上記のような限界もあり、がんを 100% 診断し得るものではないことをご理解ください。また、画像の結果が境界領域と判断された場合や、血液・尿・便検査などで必要と判断された場合は、最終的な診断のために内視鏡などの追加検査をお勧めすることがございます。

【予約の変更、キャンセルについて】

検査に使用する FDG 製剤は、大変高額であり保存が出来ないお薬です。検査日の変更、キャンセルにつきましては、できるだけお早めに、遅くとも検査前日の午後 3 時までにご連絡をお願いします。それ以降にキャンセルされた場合には、検査薬購入費 (約 ¥46,000) が請求されることがあります。

【医学的利用について】

この検査で得られた画像や診断結果などは、検査を受けた本人が特定できないよう十分に配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

【その他】

機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情により FDG 製剤が届かない場合には、検査が行えないこともありますので、どうかご了承ください。

平成 年 月 日

私は、以上の説明を読み、十分理解しましたので受診することに同意いたします。

本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄 _____)

(本人が署名出来ない時)