

## PET/CT 検査予約申込みについて

### 1. PET/CT 検査のお申込み、予約方法

(1) 「PET/CT 検査申込書（診療情報提供書）」に必要事項をご記入ください。

ただし、注意事項の①～⑨項目のいずれかに該当する場合は検査をお受けできません。ご了承ください。

#### 注意事項

- ① 検査6時間前からの絶食および糖尿病内服薬・注射の中止ができない。
- ② 検査前の空腹時血糖が200mg/dL以下にコントロールできない。
- ③ ストレッチャーもしくは車いすでトイレや移動に介助が必要。
- ④ おむつや排尿バックを使用しており、1人で交換、廃液ができない。
- ⑤ 注射後約1時間、待機室にて1人で安静に過ごすことができない。
- ⑥ 検査の間（約30分）鎮静無く静止していることができない。
- ⑦ 妊娠中である。
- ⑧ てんかん、虚血性心疾患、心サルコイドーシス等の特殊撮影。
- ⑨ ICD（植込み型除細動器）を装着している。

PET/CT 検査は午後（12：00）のみの対応とさせていただきます。ご了承ください。

検査終了後、患者さんから放射線が出ているため、スタッフの被ばくの観点から同日の他の検査や診察依頼はお控えください。

(2) 記入漏れがないようご記入いただき、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号	0254-22-5374	(直通)
予約受付時間	8：30～16：30	(平日)

(3) FAXの内容を確認後、当院放射線科医師からご依頼の先生に患者さんの状態確認や検査の可否について電話をさせていただきます。

(4) 検査予約日を確定し、予約票、PET/CT 検査説明書、PET/CT 検査問診票を送付します。

特殊検査のため予約日確定は翌日（翌診療日）になることがあります。ご了承ください。

患者さんに必要書類をお渡し頂き、検査当日にお持ち頂くようご説明ください。

- ① 予約票
- ② PET/CT 検査申込書（診療情報提供書）原本
- ③ 画像資料（CD-R等）
- ④ PET/CT 検査説明書
- ⑤ PET/CT 検査問診票

(5) 検査結果は、1週間程度で郵送します。ご依頼の先生からご説明をお願いします。

## 2. 保険適用について

- ・悪性腫瘍の診断（早期胃がんを除く）がすでに確定しているが、他の検査や画像診断により病期、転移・再発診断が確定できない場合のみ保険適用となります。
- ・悪性腫瘍に対する注意事項は以下の通りです。
  - ※他の検査、画像診断で評価できないもののみ適用
  - ※「良悪性の鑑別疾患」、「悪性の疑い」は適用外
  - ※同一病名による検査は月1回のみ適用
  - ※同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でガリウムシンチを行っている場合は適用外
  - ※治療効果判定は適用外（悪性リンパ腫は除く。）
- ・全身スクリーニング（検診）、単なるフォローアップ、悪性リンパ腫を除く治療効果判定は保険適用外になります。ご注意ください。

## 3. 入院中の患者さんについて

- ・貴院入院中の患者さんの PET/CT 検査は、保険適用の有無にかかわらず、検査費用が貴院のご負担になる場合がございます。（詳しくは貴院医事課にご相談下さい。）また、同室の患者さん、病棟スタッフの被ばく等も考慮のうえご依頼ください。（新発田病院では入院中の患者さんについては PET/CT 検査を原則行っておりません。）

## 4. 患者さんに説明していただくこと

- ・群馬から検査薬が輸送されるため、交通事情によって検査中止もあり得ます。（特に冬期間）
- ・午後の検査になります。朝食は朝7時までに普段の7割程度にしてください。
- ・糖尿病の患者さんは朝7時までに糖尿病のお薬の服用、インスリン注射をしてください。それ以降、検査終了まで食事や糖尿病のお薬の服用、インスリン注射をしないでください。
- ・朝食後は、糖分を含まない水のみ飲んで頂いてかまいません。
- ・検査前日、当日は激しい運動や作業は行わないでください。（ジョギング、水泳、農作業など）
- ・検査前日（前診療日）の10時～13時の間に、検査日時、注意事項の確認のためにお電話をさせていただきます。必ず出られるようお願いいたします。
- ・あらかじめ PET/CT 検査問診票をご記入の上、検査当日ご持参ください。
- ・糖尿病以外のお薬に制限はありません。それ以外のお薬の使用の判断をお願いします。
- ・検査中に水500mL を飲んで頂きます。水分摂取の可否の判断をお願いします。
- ・介助不要な車イスの方は、検査の移動のために必ず付き添いの方と来院してください。
- ・検査後も体内から放射線が出ていますので、妊婦や乳幼児との接触は念のため12時間程度ご遠慮ください。翌日は普段通りで差し支えありません。授乳中の方は、検査後24時間程度授乳をお控えください。
- ・検査予約の変更、キャンセルは、検査前日（前診療日）15時までに新発田病院 PET/CT 検査受付にご連絡して頂くようお願いいたします。
- ・検査当日キャンセルの場合は、キャンセル料を頂くことがあります。
- ・検査費用は、保険適用の場合3割負担で3万円程度、保険適用外の場合10万円程度となります。
- ・PET/CT 検査(FDG)説明書の内容を必ず確認して頂くようお願いいたします。

検査予約問い合わせ

新潟県立新発田病院 患者サポートセンター 電話番号0254-22-3258

FAX 番号0254-22-5374

# PET/CT 検査申込書（診療情報提供書）

送信先：県立新発田病院患者サポートセンター  
 FAX 番号 0254-22-5374（直通）  
 電話番号 0254-22-3258（直通）

★予約受付時間 平日8：30～16：30 依頼年月日 令和 年 月 日

特殊検査の為、予約日確定は翌日（翌診療日）になることがあります。ご了承ください。

<b>●依頼元医療機関</b>							
所在地				名称			
電話番号				医師名		科	
FAX							
<b>●患者情報</b>							
フリガナ 患者氏名		男 女		生年月日		明・大 昭・平 年 月 日 歳	
電話番号		自宅		住所		〒	
		携帯					
		* 検査前日（前診療日10～13時）の間に検査の確認の電話をさせていただきます。		検査前日の連絡時間:		(10～13時)	
予約日の希望		病名		* 早期胃がんを除く全ての悪性腫瘍 (てんかん、虚血性心疾患、心サルコイドーシスは対応できません。)			
検査目的		<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断		<input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> スクリーニング(10万円程度)			
手術歴		* 術式、年月日 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
放射線治療歴		* 照射部位、期間等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
過去の画像検査		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 * 診察当日ご本人に持参をお願いします。 正確な診断には、PET/CT 検査ご依頼の契機となった画像や過去の画像(特にCT、MRI)が非常に重要です。画像データを納めたCD-R等を患者さんにお渡し下さい。					
臨床経過		* 悪性腫瘍と診断した根拠と本検査を必要とする理由を必ずお書き下さい。 * 身体所見、画像検査所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察等をお書きください。 * 臨床経過については、貴院でご使用の情報提供書を添付して頂いても構いません。					
<b>●検査の確認事項 * 検査の際に必要なになります。必ずご記入ください。</b>							
移動		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす		身長		cm	
500mLの 飲水負荷		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		糖尿病		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
閉所恐怖症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		ペースメーカー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
入外区分		<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院		糖の入った 輸液		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
感染症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		授乳中		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		* 介助不要の方のみ 対応します		空腹時血糖		mg/dL	
		* 1.5m程度の筒状の機器 の中に入ります		治療内容			
		* 入院に☑の場合は、 「3.入院患者さんについて」 をご確認下さい		型式:		* ICD装着者はお受けできません。	
		感染症の種類 ( )		* 糖の入った輸液は、検査の5時間前 に止めてください			
				* 授乳は検査後24時間 控えてください			