

PET-CT 検査のお申し込み

PET-CT 予約の流れ

電話で予約枠確保



電話番号 0422-32-3111 (代表)

FAX 0422-34-6550

予約受付時間 午前 9 時～午後 4 時 (月～金) (休診日を除く)

患者氏名、生年月日、当院受診の有無、PET の種類、病名・保険適応等をうかがいます。

必要書類ダウンロード、検査説明



ダウンロード書類

- ① 紹介状 (診療情報提供書)
- ② 心サルコイドーシス PET 問診票
- ③ 心サルコイドーシス PET 予約票
- ④ 心サルコイドーシス PET について

診療情報提供書は貴院で控えをとって頂き、患者様にお渡してください。

ダウンロードした検査説明書④「PET-CT について」を用いて、検査内容、保険適応の有無について患者様に検査説明を行ってください。

特に食事の制限について、ご説明ください。

診療情報提供書の FAX



記入した診療情報提供書を、予約後すぐに当院へ FAX をお願い致します。

FAX 0422-34-6500 (予約専用 FAX)

予約当日中に、FAX が確認できない場合や、診療情報提供書の保険適応の内容によっては、当院からご連絡をさせて頂く場合や、予約をキャンセルさせて頂く場合があります。

予約完了



結果

- ① 診療情報提供書原本は患者様の紹介状となります。
 - ② 予約票、③問診票に検査予約日を記入し、①～③を患者様にお渡してください。
- 診療情報提供書の控えを貴院で保管してください。

2週間ほどで CD-R を添えて依頼元医療機関に送付致します。

① 紹介状（診療情報提供書）（心サルコイドーシス）

検査予約日： 年 月 日（ ） 時 分

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	年 月 日（ ）歳	
電話番号	自宅：	
	日中連絡先：	
ご住所：		

紹介先 武蔵野赤十字病院

予約電話 0422-39-4890

FAX 0422-34-6550

予約確定後、**すぐ**に診療情報提供書を

FAX してください。当日中の FAX が確認

できない場合は、予約がキャンセルになる

場合がありますので、ご注意ください。

保険区分	☐ 悪性腫瘍 ☐ 大型血管炎 ☐ 心サルコイドーシス ☐ てんかん		
臨床診断		検査 目的	☐ 病期診断 ☐ 転移・再発
			☐ その他（ ）
臨床経過	（できるだけ詳細に記載してください。）	画像所見 ☐ CT ☐ MR ☐ US ☐ その他（ ） 所見：	検査所見結果 と、画像の CD-R を持参し てください。
病理診断	☐ 有（ ）		
	☐ 無（病理診断による確定診断は得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断）		

当該疾患の治療歴					
手術療法	☐ 無 ☐ 有	年 月 日	化学療法	☐ 無 ☐ 有	年 月 日
	術式：		放射線療法	☐ 無 ☐ 有	年 月 日
Ga シンチ	☐ 無 ☐ 有	年 月 日	最終 CT	☐ 無 ☐ 有	年 月 日

通院状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中	ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有
移動手段	☐ 単独歩行 ☐ 車椅子 ☐ 要介助歩行	ICD、CRT-D	☐ 無 ☐ 有
感染症	☐ 無 ☐ HCV ☐ HBV ☐ MRSA ☐ HIV	妊娠	☐ 無 ☐ 有
糖尿病	☐ 無 ☐ 有	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有
糖尿病薬剤を検査当日は中止してください。		30 分以上の静止	☐ 可 ☐ 不可
病名告知	☐ 無 ☐ 有	理解力	☐ 良好 ☐ 不良
予約一週間以内の胃透視検査		☐ 無 ☐ 有	
その他特記事項（患者状態、意志の疎通等）			

紹介元医療機関 名称： _____

住所： _____ 電話番号： _____

診療科名： _____ 医師名： _____ FAX： _____

① 心サルコイドーシス PET 問診票

記載して、検査当日
お持ちください

検査予約日： 年 月 日 () 時

カナ
氏名
生年月日 年 月 日 () 歳

下記の項目について記載し、
あるいは該当するものに○を
つけてください。

問1. 糖尿病と言われたことはありますか？ ☐あり ☐なし

インスリン治療をしていれば○、内服してあれば内容をご記入ください。

☐ インスリン ☐ 内服 (薬名)

使用してあれば○をつけてください。

☐ インスリンポンプ ☐ 持続血糖測定器

問2. 今まで手術や、治療を受けた、あるいは現在治療中の病気があれば、該当に○、() に
ご記入ください。

がん	年 月	病名 ()	手術	化学療法	放射線治療	その他
	年 月	病名 ()	手術	化学療法	放射線治療	その他
がん以外	年 月	病名 ()	手術	その他 ()		
	年 月	病名 ()	手術	その他 ()		

問3. 心臓ペースメーカー、ICD (受け込み型除細動機) は使用していますか？

☐ はい ☐ いいえ

問4. アルコールアレルギー、テープかぶれはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

問5. 狭いところは苦手ですか (閉所恐怖症)

☐ はい ☐ いいえ

問6. 女性の方のみお答えください。

1. 現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性ありますか？

☐ はい ☐ いいえ

2. 授乳中ですか？

☐ はい ☐ いいえ

3. 月経中ですか？

☐ はい ☐ いいえ

最終月経は 年 月 日 頃

月経周期 約 日

問7. 最終食事時間 年 月 日 時頃

問診内容は、PET-CT 検査のためだけに使用致します。

武蔵野赤十字病院 放射線科

病院使用覧

身長 cm 体重 Kg 血糖 mg/dl

② 心サルコイドーシス PET 予約票

検査予約日： 年 月 日 () 時

検査 **20分前** に 5 番館 1 階 「紹介受付」にお越し下さい。

フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 () 歳	
電話番号	自宅：	
	日中連絡先：	
	ご住所：	

【PET-CT 注意事項】

* 飲食について

検査前日：検査 24 時間前から炭水化物・糖분을控え、検査 18 時間前から飲酒、食事をしないでください。

(詳細別紙)

検査当日：水分は、水、糖分の入っていないお茶は自由に飲んでください。

ジュース、乳製品、コーヒー、飴、ガム等はお控えください。

* 運動について

検査前日、当日は、激しい運動、喫煙は避けてください。

* 薬について

糖尿病のお薬やインスリン注射をしている方は、長時間の絶食を必要とするためこの検査は受けられません。

糖尿病以外のお薬であれば、通常通りに服用してください。

* 付きそいについて

一人で更衣、移動が困難な方は、必ずご家族か介護者の付きそいをお願い致します。放射線被ばくの法律により、医療従事者が歩行・更衣・トイレなどを介助することはできません。検査室内の介助もご家族・介護者をお願いしております。なお、検査室内は、お一人しか付き添えませんので、ご了承ください。

* 持参して頂くもの

紹介状（診療情報提供書）、PET 問診票、予約票、診察券（当院受診した事のある方）、

保険資格確認証あるいはマイナンバーカード（忘れると自費でのお支払いになります）、お薬手帳

お持ちの方は、ペースメーカー手帳、あるいは ICD 手帳

かかりつけ医で実施した検査の所見結果と、画像の CD-R

* その他 注射薬を投与後、薬剤が全身にいきわたるまで、一時間安静に待機して頂きますが、携帯電話、本などは腕や目の筋肉を使用し、検査結果に影響が出るため、来院後は更衣以降、使用できません。

* 検査時間の遅れ

PET 検査薬は大変高価です。また、予約に大幅に遅れると、検査薬の効果が著しく低下し、

検査ができなくなる可能性があります。お時間には余裕をもっていらしてください。

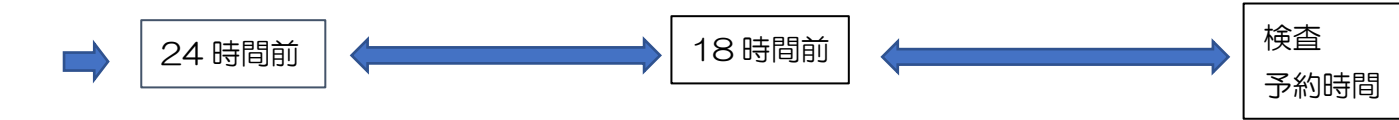
交通機関の遅延等、検査時間に遅れそうな時は、直ちに下記に連絡してください。

連絡先 武蔵野赤十字病院 RI センター 0422-32-3111

心サルコイドーシスの PET 検査前の食事について

心サルコイドーシスの PET 検査は、正確に診断し、炎症の活動性を評価するために、検査 24 時間前からの炭水化物、糖分制限、18 時間前からの絶食が必要になります。

検査結果に影響するため、以下の食事制限を厳守してください。



通常の食事	炭水化物・糖分制限	絶食・水分可
-------	-----------	--------

	検査 24 前から 18 時間前まで		18 時間前から検査まで
飲料	○	水、お茶のみ	水、お茶のみ
	×	甘い飲料（人工甘味料 野菜ジュースも不可）	
炭水化物	×	すべて（米、パン、麺、芋、小麦後、豆など）	
果物類	×	すべて	
魚介類	○	焼き魚、刺身、水煮缶、油漬け缶	
	×	たれやみりん漬け 加工品（かまぼこ、ちくわ、 はんぺん、さつま揚げなど）	
肉類	○	牛、豚、鳥肉（脂つきが望ましい）	
	×	加工品（ソーセージ、ハム、ベーコン）	
乳製品	○	チーズ	
	×	牛乳、ヨーグルトなど	
卵類	○	卵（生、目玉焼き、卵焼き、ゆで卵など、調味料 に注意して可）	
油脂類	○	バター、マヨネーズ、植物油	
野菜類	○	葉物野菜 100g 程度、ピーマン 1 個、きゅうり 1/2 本程度、こんにゃく、きのこ類	
海藻類	○	海藻類全般	
調味料	○	塩、醤油（小さじ 1 杯）、こしょう、酢	
	×	砂糖、みりん、みそ、ソース、ケチャップ、 めんつゆ、市販のたれ、寿司酢	
菓子類	×	すべて	

④

PET について

（心サルコイドーシス用）

【検査目的】主に FDG（ブドウ糖に似た構造の薬剤）を用いて、心サルコイドーシスにおける活動性の炎症評価

【サルコイドーシスとは】

サルコイドーシスは、多くの臓器に肉芽腫を作る原因不明の疾患です。発生頻度が高いのは両側肺門リンパ節、肺、眼、皮膚、唾液腺、心臓、神経、筋肉などで炎症性肉芽腫（結節状の病巣）を作ります。心臓にサルコイドーシスが発生すると、不整脈や心不全などを引き起こします。

【FDG-PET の特徴】

ブドウ糖は、脳や心臓などの正常組織、がんや炎症部位に集積します。FDG-PET は、その性質を利用して、ブドウ糖とよく似た放射性物質と結合させた FDG を注射し、FDG の集積部位を PET で検出し、病巣の有無を判断します。

サルコイドーシスの病巣には、炎症があり、糖代謝が盛んなため、FDG が集積します。しかし、正常な心臓の組織も、ブドウ糖をエネルギーとしているため、FDG が集積し、病変との鑑別ができません。心臓は、通常脂肪酸とブドウ糖をエネルギー源としていますが、長時間絶食にすると、心臓はブドウ糖ではなく、脂肪酸をエネルギー源として使うようになります。心臓への FDG の生理的な集積をおさえた状態で PET 検査を行うことによって、炎症部位に集積した FDG を検出し、病変の広がりや活動性を評価することができます。そのため、PET 検査 24 時間前から糖質を控え、18 時間前から絶食して検査を行います。

【安全性と危険性について】

陽電子（ポジトロン）は、放射線の 1 種です。PET-CT は、FDG がポジトロンと結合しているため、検査薬と、CT 検査による放射線被曝が生じますが、1 回の被曝線量は、約 8~15mSv で、自然放射線量の 2 倍程度で、身体への影響は少ないとされています。

【検査の流れ】全体で 3 時間前後

- ① 検査 20 分前に 5 番館 1 階「紹介受付」へお越しください
- ② 放射線科受付へ
- ③ 放射線科診察
- ④ 1 番館地下 1 階 RI センター（PET 検査室）へ
- ⑤ 問診、身体計測、及び血糖測定をします。
- ⑥ 検査薬を静脈注射します。
- ⑦ 検査薬が、全身に行き渡り、撮影に適した状態になるまで約 1 時間、待機室で静かに待ちます。
- ⑧ 検査直前にお手洗いにいらっしゃいます。（30 分前後）
- ⑨ お時間になりましたら、検査室で横になって撮影をします。（20 分程度）
- ⑩ 検査終了後、身体から出る放射線量が低下するまで、30 分から 1 時間待機室でお待ち頂きます。
- ⑪ 時間になりましたら、検査終了となります。
- ⑫ 検査当日は、放射線の影響を受けやすい妊産婦や、12 時間は小さいお子様との密接な接触はお控えください。

検査終了後、周りの方への配慮として、近距離で人と接する場所は避け、人混みは避けてください。
授乳は検査後 24 時間お控えください。

【PET 検査ができない場合】

- 妊娠している方は原則検査できません。
(授乳中の方は、検査後 24 時間は授乳せず、12 時間はお子様との密接な接触は避けてください。)
- 閉所恐怖症の方
- 30 分横になった状態で安静を保てない方
- ICD を装着している方
- 1 週間以内に胃透視（バリウム）検査を受けた方
- 長時間の絶食が必要なため、糖尿病薬・インスリン注射をしている方

FDG-PET 検査の保険適応について

【心サルコイドーシス】

心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮性肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図または心エコー所見を認める場合に限る。）または、心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる方

【保険適応が認められない例】

- (1) 心サルコイドーシスの診断基準は満たさないが、他の臓器でサルコイドーシスが診断されており、心臓に病変があるかの評価目的
- (2) 心筋症との鑑別診断として、心臓の活動性病変の評価目的など

【PET 検査室（RIセンター）への案内】

紹介受付

紹介状（診療情報提供書）、PET 問診票、診察券（当院受診した事のある方）、
MRI 検査結果所見と画像の CD-R をお持ちください。

→放射線科

→PET 検査室（RIセンター）

1 番館地下 1 階に、エレベータでお越しください。

