

## PET-CT 検査のお申し込み

電話で予約

電話番号 0422-32-3111

(代表 → 医療連携課予約担当)

\*受付時間 午前9時～午後4時（月～金曜日、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。

FAXで予約

FAXで予約は、  
前もって必要  
書類のダウン  
ロード、検査説  
明をお願いし  
ます。

予約日時確保

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 PET-CT FAX 予約申込書
- ③ FDG-PET 問診票
- ④ FDG-PET 予約票
- ⑤ FDG-PET について

\*診療情報提供書は貴院で控えをとって頂き、患者様にお渡しください。

\*ダウンロードした検査説明書 ⑤「FDG-PET 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。

また、PET検査は、良性疾患でも「薬」の集積が認められたり、悪性度の低い腫瘍等、  
検出されない場合があることもご説明ください。

紹介状（診療情報提供書）・FAX申込書の送付

記入した①紹介状と②FAX予約申込書を、申込み日に当院へFAXしてください。

**FAX 0422-34-6550（予約専用FAX）**

申込み日に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

- ①診療情報提供書原本は患者様の紹介状となります。
- ③問診票、④予約票に検査予約日を記入し、①③④を患者様にお渡しください。  
診療情報提供書の控えを貴院で保管してください。

結果

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）(FDG-PET)

検査予約日： 年 月 日 ( ) 時

紹介先医療機関

武蔵野赤十字病院 R.I センター

電話：0422-32-3111

FAX：0422-34-6550

紹介元医療機関

名称

所在地

電話/FAX 番号

担当科

医師名

印

ふりがな		性別	
患者氏名		男・女	
生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
保険区分	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 大型血管炎 <input type="checkbox"/> 心臓コイドーシス <input type="checkbox"/> その他		
臨床診断		検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 ( )
臨床経過	(できるだけ詳細に記載してください。)	<input type="checkbox"/> 画像・腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ( )	検査結果所見と画像の CD-R を持参してください
		所見：	
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 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・検査歴

手術療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日	免疫・化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日
	術式：		放射線療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日

下記の検査を PET と同月に実施している場合は、PET は検査できません（翌月以降の予約になります）

Ga シンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 )	CT	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 )
--------	---	----	---

通院状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動手段	<input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 要介助歩行	ICD、CRT-D	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
病名告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30 分以上の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
その他 特記事項		理解力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
		一週間以内の胃透視検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

## ② 武蔵野赤十字病院 PET-CT FAX 予約申込書

申込み日に当院へ FAX してください。 申込み日 年 月 日

\*キャンセル・検査変更等のご連絡は、検査 2 日前の 16 時までにお願いします\*

**医療連携課 FAX 予約担当 行き FAX : 0422-34-6550**

予約に関するお問い合わせ 0422-32-3111 (代表 → 医療連携課)

PET に関するお問い合わせ 0422-32-3111 (代表 → RI センター)

### PET-CT 申し込み内容

検査内容	PET-CT	受診科	放射線科
診断名 (疾患名記入)	(がんの場合は確定病名必須)	希望 検査内容	<input type="checkbox"/> FDG-PET <input checked="" type="checkbox"/> FDG-PET (心臓コロイド - シス ) <input checked="" type="checkbox"/> アミロイド - PET <input type="checkbox"/> ビザミル <input type="checkbox"/> アミグリッド <input checked="" type="checkbox"/> フルクロビソ - PET
			<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーティング (ICD/CRT 含む) <input type="checkbox"/> 血糖測定器 (リブレ・チップ 等) <input type="checkbox"/> 導尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> その他	使用デバイス	
臨床所見			
希望日時	第 1 希望	月 日 ( )	
検査時間( 14:00 )	第 2 希望	月 日 ( )	
外国籍の方	日本語診察	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	言語
日本語が話せる方の付きそい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*日本語診察不可の場合は、必ずご記載ください	

### 患者情報

当院診察券番号	武蔵野赤十字病院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月 頃 )		
フリガナ 患者氏名	<input type="checkbox"/> 旧姓		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女      年齢      歳		
性別			
現住所	<span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">〒</span> —      都道府県      市区町村		
電話番号	自宅	<input type="checkbox"/>	携帯

発信元情報 \*ゴム印 可

貴医療機関名

担当医師名

住所

電話番号

FAX 番号

- 予約受付手続き後「予約票」を FAX にて返信します
- 「紹介状（診療情報提供書）」は患者さんにお渡しください
- 予約時間外、休診日（土日祝日・5/1・12/29～1/3）申込分は、翌日または休み明けに「予約票」を返信します
- 必要書式は、当院ホームページからダウンロードできます

### ③ FDG-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. 今までに手術や治療を受けたご病気、あるいは現在治療中のご病気があればご記入ください。

年齢	病名	治療内容
例) 54歳	肺がん	手術

問2. 頭部に金属や機器がありますか（クリップ・金属・シャントなど）。

はい  いいえ

問3. 心臓ペースメーカー、ICD（植え込み型除細動器）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. 狹いところは苦手ですか（閉所恐怖症など）。

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がありますか。  はい  いいえ

2. 授乳中ですか。  はい  いいえ

問診内容は、PET-CT 検査のためだけに使用致します。

武藏野赤十字病院 放射線科

病院使用覧

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ Kg

血糖 \_\_\_\_\_ mg/dl



## ④ FDG-PET 予約票

検査予約日： 年 月 日 ( ) 時

検査予約時間 **20 分前** に5番館1階 **紹介受付** にお越しください。

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	

### 【PET-CT 注意事項】

#### \*飲食について

検査前日：食事は普段通りで結構ですが、飲酒は禁止とさせていただきます。

検査当日：検査前の6時間前から食事はしないでください。ジュース、乳製品、コーヒー、飴、ガムなども禁止とさせていただきます。「水」や「糖分の入っていないお茶」は自由にお飲みいただけます。

#### \*運動について

検査前日および当日は、激しい運動や喫煙を避けてください。

のどの安静を保つため、カラオケなど声を使う活動は控え、静かにお過ごしください。

#### \*薬について

糖尿病の薬を服用されている方やインスリン注射をしている方は、検査当日は服用を中止してください（不明な点は主治医にご相談ください）。糖尿病以外の薬は通常通り服用していただいて構いません。

#### \*付きそいについて

お一人で更衣や移動が困難な方は、必ずご家族か介護者の付きそいをお願いいたします。放射線被ばくに関する法律により、医療従事者は歩行・更衣・トイレなどの介助ができません。検査室内の介助もご家族・介護者の方がお願いいたします。なお検査室内は、介助者はお一人しか入れませんので、ご了承ください。

#### \*持参していただくもの

- ・紹介状（診療情報提供書）、結果所見と画像のCD-R
- ・PET問診票、予約票、診察券（当院受診歴がある方）
- ・マイナンバーカードまたは保険資格確認証（お持ちでない場合、自費でのお支払いになります）、医療証等
- ・お薬手帳
- ・ペースメーカー手帳またはICD手帳（お持ちの方のみ）

携帯電話や本などのご使用は、腕や目の筋肉を使用することで検査結果に影響が出るおそれがあるため、来院後のお着替えが済んだあとはご使用になれません。

#### \*検査時間

検査薬注射後、薬剤が全身にいきわたるまで、1時間安静に待機していただきます。

検査後も放射性物質が低減するまで1時間前後待機していただきますので、検査時間は全体で2~3時間かかります。

#### \*PET-CTの放射線被ばくについて

PET-CTは、放射性医薬品を用い、CT検査によっても放射線に被ばくしますが、1回の被ばく線量は、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。

#### \*検査後の注意

体内の放射性物質は、検査後の待機により半減し、翌日には測定することができないレベルにまで減少しますが、当日はまだ体内に微量の放射性物質が残っていますので、検査後は1時間ほど待機していただきます。

又、検査後12時間は放射線の影響を受けやすい妊婦や、乳幼児との密接な接触は控えてください。  
授乳は24時間控えてください。

又、検査後、飲食、運動に制限はありませんが、検査室退出後も1~2時間は、周りの方への配慮として、近距離で人と接する場所や人混みを避けてください。

#### \*検査来院時間についてのお願い

PET検査で使用する薬剤は大変高価なうえ、時間が経つと効果が弱まってしまいます。そのため、予約のお時間に大幅に遅れてしまうと、検査を実施できなくなる場合があります。お時間には余裕をもってご来院ください。交通機関の遅れなどにより、検査時間に遅れそうな時は、できるだけ早めに下記まで連絡をお願いいたします。

#### \*キャンセル、予約変更について

キャンセルや予約変更は、**必ず検査2日前の16時まで**にご連絡ください。

連絡先　　武蔵野赤十字病院　　RIセンター（代表）　0422-32-3111

## ⑤ FDG-PETについて

【検査目的】主にFDG（ブドウ糖に似た構造の薬剤）を用いて、悪性腫瘍や、炎症などの有無、範囲を調べるための検査です。

### 【FDG-PETの限界について】

FDG-PETは、がんなどの診断に優れていますが、完璧ではありません。がんの発生部位や種類によっては他の検査の方が優れていることもあります。がん以外にも、炎症や甲状腺腫などの良性疾患でも集積することがありますし、小さいがんや、悪性度の低いがんなど、FDGが集積しにくいがんもあります。がんではなくても、FDGは、糖代謝の盛んな脳や心臓、臓器の機能によって正常な部分や炎症の強い部分に集積を認めます。また、空腹時血糖が高い方では、診断能が著しく低下することがあります。

一部早期発見が困難ながんもありますが、現状で1回の検査で全身の検索が可能な検査です。

- ・PET検査で見つけやすいがん：肺がん、大腸がん、甲状腺がん、乳がん、悪性リンパ腫など
- ・PET検査で見つけにくいがん：前立腺がん、腎臓がん、膀胱がん、食道がん、肝臓がん、早期胃がん  
子宮頸がんなど

### 【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行っていただきます。
- 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。（30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、1時間前後待機室でお待ち頂きます。

### 【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。
- ・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、CRT-D装着の方
- ・1週間以内に胃透視（バリウム）検査を受けた方

## FDG-PET-CT の保険適応について

\*保険適応以外は、医療機関からの PET-CT はお受けできません。

### 【悪性腫瘍についての保険適応】

他の検査や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方の場合。

- ・病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている方。
- ・病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、その他の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される方。

### 【保険適応例】

- ・治療前の病期診断
- ・二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断、たとえば術前化学療法後または術前放射線治療後における、術前の病期診断、等
- ・転移・再発を疑う臨床的徵候、検査所見がある場合の診断
- ・手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- ・経過観察などから治療が有効と思われるにも関わらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのかを鑑別する必要がある場合
- ・悪性リンパ腫の治療効果判定
- ・癌と腫瘍形成性臍炎との鑑別は保険適応

### 【てんかんについての保険適応】

難治性てんかんで、外科切除が必要とされる方

### 【大血管炎についての保険適応】（高安または巨細胞性動脈炎）

すでに大血管炎と診断がついている方で、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方

### 【保険適応が認められない例】

- (1) スクリーニング（検診）目的
  - (2) 病期、転移、再発の診断目的について、画像診断、他の検査による精査が施行されていない場合
  - (3) 「悪性腫瘍疑い」：がんの診断がついていない場合
  - (4) 化学療法や放射線治療の効果判定の目的や再発を疑う強い所見が無い定期的な経過観察目的
  - (5) 同一月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合
  - (6) がんがわからないが、腫瘍マーカーが高い場合
  - (7) 不明熱等の熱源検索目的
- など

### 【連絡先】

武藏野赤十字病院 RI センター  
電話 0422-32-3111 (代)

# 【 RIセンター (PET検査室)へのご案内】

- ① 5番館1階 紹介受付にお越しください。
- ② 1番館1階 放射線科受付にお越しください。
- ③ 入り口から一番奥のエレベーターで 1番館地下1階にお越しください。
- ④ 1番館地下1階 RIセンター (PET検査室)にお越しください。

