

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 心サルコイドーシス PET 問診票
- ④ 心サルコイドーシス PET 予約票
- ⑤ 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、患者様にお渡しください。

*ダウンロードした検査説明書 ⑤「PETについて（心サルコイドーシス用）」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。

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）（心サルコイドーシス PET）

検査予約日： 年 月 日 () 時

紹介先医療機関

武藏野赤十字病院 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"/> 心サルコイドーシス <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
病理診断		所見：	
<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)			

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		理解力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
特記事項		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 type="checkbox"/> FDG-PET (心臓コントローラー) <input type="checkbox"/> アミロイド-PET <input type="checkbox"/> ビザミル <input type="checkbox"/> アミヂット
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	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー (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 ()
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			
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 年 月 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳 ケ月
現住所	〒	都道府県	市区町村
電話番号	自宅	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 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。 はい いいえ

1. インスリン治療をしていればチェック、内服していれば薬剤名をご記入ください。

インスリン注射 内服(薬剤名) ()

2. 使用していればチェックを入れてください。検査時、インスリンポンプ、血糖測定器は外して
いただきます。

インスリンポンプ 持続血糖測定器

問2. 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、おおよその診断年月
および病名をご記入のうえ、該当する治療にチェックを入れてください。

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(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

3. 月経中ですか。 はい いいえ

最終月経は 月 日頃 月経周期 約 日

問7. 最終食事日時 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。

武藏野赤十字病院 放射線科

病院使用箇

身長 cm

体重 Kg

血糖 mg/dl



④ 心サルコイドーシス 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 患者氏名		性別
		男・女
生年月日	年 月 日	() 歳

【PET 注意事項】

*飲食について

検査前日：19時以降から食事をしないでください。飲酒は禁止とさせていただきます。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。

検査当日：「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。その後も、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、ご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 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 検査前日の夜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ばくが生じますが、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。（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、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
- ・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
- ・1 週間以内に胃透視（バリウム）検査を受けた方
- ・心サルコイドーシス検査目的では、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は検査できません
- ・ICD（植え込み型除細動機）、CRT-D 装着の方

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

（心筋バイアビリティについての検査は当院では実施しておりません。）

【保険適応が認められない例】

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

【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。

