

①PET-CT検査診療情報提供書 (主治医記載) (PETセンター送付用)

紹介元医療機関

所在地

名称

電話番号

医師氏名・診療科

() 科

区分(検査当日)	外来 ・ 貴院入院中
大学病院受診歴	有 ・ 無

フリガナ	※連絡のとれる電話番号を必ずご記入ください		
受検者氏名	様 (男・女)	電話番号	() (自宅・勤務先)
生年月日	昭・平・令 年 月 日 歳	携帯電話	
住所			

検査予約日時 年 月 日 (午前・午後) 時 分

診療区分	保険診療 自費(検診) ←必ずどちらかを○で囲んでください
------	-------------------------------

※ 該当項目(□)をレ印でチェック、必要箇所にご記入下さい。

病名	保険適応疾患	適応要件(検査目的)
	<input type="checkbox"/> てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。 (手術が前提にない場合は保険適応となりません)
	<input type="checkbox"/> 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断 (他の検査で判断がつかない場合に限る)又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患者に使用する。
	<input type="checkbox"/> 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局所または活 動性の判断がつかない患者に使用する。
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)	他の検査、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 患者に使用する。
	↓確定病名をご記入下さい	疑い病名は保険適応となりませんのでご注意下さい。
	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断	
<input type="checkbox"/> その他(自費)	上欄の病名および検査目的に該当しない場合は 自費 となります。	
↓病名をご記入下さい	ただし、病理診断による確定診断が得られなかった場合でも、臨床上高い 蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば、保険適応となります。 患者様への十分な説明・同意をお願いいたします。	

検査目的、現病歴 (症状、他の画像診断結果、治療経過や主治医の関心事項、重要な既往歴などを具体的に にご記入ください)			
---	--	--	--

手術歴	無・有	部位、病名	年 月	部位、病名	年 月
		部位、病名	年 月	部位、病名	年 月

化学療法	無・有	期間	放射線治療	無・有	部位	期間	線量
------	-----	----	-------	-----	----	----	----

検査部位	<input type="checkbox"/> ルーチン(頭頂部～大腿部) <input type="checkbox"/> 脳プロトコール <input type="checkbox"/> 心臓プロトコール
	<input type="checkbox"/> その他 (関心領域を記載) 【 】

受検者の情報	身長 cm 体重 kg	病理診断：無・有 ()	糖尿病：無・有
	移動：独歩 車椅子 寝台	アルコールアレルギー：無・有	視聴覚障害：無・有
	腫瘍マーカー：正常・異常 ()		認知症：無・有
	施行した画像診断：PET CT MRI RI US 他 ()		妊娠：無・有
	ペースメーカー：無・有、植込型除細動器(ICD)：無・有、CRT-P・CRT-D：無・有		授乳：無・有
感染症：無・有 ()	閉所恐怖症：無・有	30分の静止：可・非	

②PET-CT検査診療情報提供書（主治医記載）（貴院控え）

紹介元医療機関

所在地

名称

電話番号

医師氏名・診療科

() (科)

区分(検査当日)	外来 ・ 貴院入院中
大学病院受診歴	有 ・ 無

フリガナ	※連絡のとれる電話番号を必ずご記入ください		
受検者氏名	様 (男・女)	電話番号	() (自宅・勤務先)
生年月日	昭・平・令 年 月 日 歳	携帯電話	
住所			

検査予約日時 年 月 日 (午前・午後) 時 分

診療区分	保険診療 自費(検診) ←必ずどちらかを○で囲んでください
------	-------------------------------

※ 該当項目(□)をレ印でチェック、必要箇所にご記入下さい。

病名	保険適応疾患	適応要件(検査目的)
	<input type="checkbox"/> てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。 (手術が前提にない場合は保険適応となりません)
	<input type="checkbox"/> 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断 (他の検査で判断がつかない場合に限る)又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患者に使用する。
	<input type="checkbox"/> 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局所または活 動性の判断がつかない患者に使用する。
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)	他の検査、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 患者に使用する。
	↓確定病名をご記入下さい	疑い病名は保険適応となりませんのでご注意下さい。
	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 転移・再発診断
<input type="checkbox"/> その他(自費)	上欄の病名および検査目的に該当しない場合は 自費 となります。	
↓病名をご記入下さい	ただし、病理診断による確定診断が得られなかった場合でも、臨床上高い 蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば、保険適応となります。	
	患者様への十分な説明・同意をお願いいたします。	

検査目的、現病歴

(症状、他の画像診断結果、治療経過や主治医の関心事項、重要な既往歴などを具体的に
にご記入ください)

手術歴	無・有	部位、病名	年 月	部位、病名	年 月
		部位、病名	年 月	部位、病名	年 月

化学療法	無・有	期間	放射線治療	無・有	部位	期間	線量
------	-----	----	-------	-----	----	----	----

検査部位	<input type="checkbox"/> ルーチン(頭頂部～大腿部)	<input type="checkbox"/> 脳プロトコール	<input type="checkbox"/> 心臓プロトコール
	<input type="checkbox"/> その他(関心領域を記載)【 】		

受検者の情報	身長	cm	体重	kg	病理診断：無・有 ()	糖尿病：無・有
	移動	独歩	車椅子	寝台	アルコールアレルギー：無・有	視聴覚障害：無・有
	腫瘍マーカー	：正常・異常 ()				認知症：無・有
	施行した画像診断	：PET CT MRI RI US 他 ()				妊娠：無・有
	ペースメーカー	：無・有、植込型除細動器(ICD)：無・有、CRT-P・CRT-D：無・有				授乳：無・有
感染症	：無・有 ()				閉所恐怖症：無・有	30分の静止：可・非

③PET-CT検査予約申し込み確認書

主治医の方からご説明していただき、患者さんにお渡しください

受検者氏名	様
-------	---

検査予約日時	年	月	日 (午前・午後)	時	分
--------	---	---	-----------	---	---

説明していただくポイント (説明後、□にチェックをしてください)

注意事項	<input type="checkbox"/> ※『PET-CT検査予約申し込み確認書』を検査前日には、再度お読みいただくよう説明してください。
飲食	<input type="checkbox"/> 検査前の6時間は絶食が必要です。 <input type="checkbox"/> 水やお茶(糖分やカロリーのないもの)は充分飲んでください。
薬の服用	<input type="checkbox"/> 糖尿病で内服薬やインスリンを使用されている方は、検査当日は使用せずにご来院ください。 <input type="checkbox"/> 糖尿病以外の薬は内服できます。(高血圧の薬・鎮痛剤など)
運動等	<input type="checkbox"/> 検査前日および当日は、身体(筋肉)に負担のかかる作業や激しい運動は避けてください。
検査について	<input type="checkbox"/> ⑤PET-CT検査の説明書を参考に、説明をお願いします。 <input type="checkbox"/> PET-CT検査のみで診断が確定するものではありません。見つかりにくい腫瘍や転移病巣があり、他の検査が必要になる場合があります。 <input type="checkbox"/> PET-CT検査は放射線を使う検査であり 放射線被ばくを伴いますが、本検査の放射線量で健康被害が出ることはまずありません。 被ばくによる不利益よりも、本検査によりご病気の評価を行うことの利益の方が上回り、今後の診療にとって重要である旨をよくご説明ください。 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性・授乳の有無についてご確認ください。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)、両室ペースメーカー(CRT-P)、両室ペースメーカー機能付き植込み型除細動器(CRT-D)を装着されている方は、CT検査ができない場合がありますので、必ずその旨をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 検査当日はペースメーカー手帳、ICD手帳、CRT-P・CRT-D手帳を必ずご持参ください。 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖値が150mg/dl以上の場合、画像が劣化する場合があります。 <input type="checkbox"/> 説明終了後、PET-CT検査同意書への署名をお願いします。(患者さん、主治医の方ともに)
検査当日は	<input type="checkbox"/> 検査予約時刻の30分ほど前に、直接、PETセンターにお越しください。 <input type="checkbox"/> 検査当日お持ちいただく物は ③申し込み確認書 ④問診票 ⑤検査同意書 及び保険証です。 <input type="checkbox"/> 撮影時間は約30分、受付から検査終了までの所要時間は2時間程度です。 追加撮影が必要な場合は2時間30分程度です。 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症であれば、患者さんと相談の上で当日の安定剤の処方などをご検討ください。 <input type="checkbox"/> 約1時間の安静時間があり、その間は患者さんおひとりで過ごしていただきます。 介助が必要な方などおひとりで過ごすことが難しい場合はご家族などに検査終了までお付き添いをお願いします。 (お付き添いの方には、患者さんから出る放射線による被曝を伴いますがご了承下さい。健康被害が出る程度ではありません。)
結果説明について	<input type="checkbox"/> 結果がお知らせできるまでに、4~5日かかります。検査結果の説明日時を受検者でご相談しておいてください。
検査の中止や延期について	<input type="checkbox"/> やむを得ない事情で検査を中止または、延期されたい場合は、中止(延期)が決定次第、主治医に連絡をしてください。 <input type="checkbox"/> 主治医の方は、検査の中止・延期がありましたら、088-880-2220(PETセンター)までご連絡ください。

④PET-CT 検査問診票 (ご記入後、検査当日 PET センターへご提出ください)

お名前 _____ 様 年齢 _____ 才 男・女
身長 _____ cm 体重 _____ kg

PET 検査では、腫瘍のほか正常の臓器においても色々な程度で薬が集まります。時には、服薬中の薬や以前にされた医療処置などが画像に影響を及ぼすことがあります。画像診断（病期診断・治療効果判定・再発診断）をするにあたり、より正確な診断を行うため下記の点についてわかる範囲でお答えください。

□には、該当するものにレ印を付けてください。

1、喫煙についてお尋ねします

- 吸ったことがない
 吸ったことがある（ _____ 歳から _____ 歳まで、1日 _____ 本）

2、飲酒についてお尋ねします

- 飲まない
 以前飲んでいた（ _____ 歳から _____ 歳まで、 _____ 日に1回、種類 _____ 量 _____ ）
 飲んでいる（ _____ 日に1回・毎日、種類 _____ 量 _____ ）

3、糖尿病はありますか

- いいえ
 はい
→はいの場合
 糖尿病のお薬を飲んでいる（いいえ・はい:薬剤名 _____ ）
 インスリン注射をしている（いいえ・はい:薬剤名 _____ ）

4、現在、お薬を飲んでおられますか。お薬手帳をお持ちの方は持参してください。

お薬名： _____

5、現在、治療のために定期的に皮下注射や筋肉注射をされていますか

*点滴や採血ではありません

- いいえ
 はい
→はいの場合
注射薬名： _____ 日間に1回注射
注射部位： _____

6、1か月以内に予防接種などワクチン接種されましたか

- いいえ
 はい →ワクチン名： _____ 接種日 _____ 月 _____ 日（部位： _____ 左・右）

7、手術・放射線治療を受けられたことがありますか

- いいえ
 はい

→はいの場合（現在治療中の病気を含め、受けられた手術・放射線治療はすべて記載してください）

病名、治療部位、治療方法（手術か放射線治療か）

_____（ 歳頃）（ 年 月 日）
_____（ 歳頃）（ 年 月 日）
_____（ 歳頃）（ 年 月 日）
_____（ 歳頃）（ 年 月 日）

8、過去・現在で習慣的なスポーツ歴はありますか

- ない
 ある →スポーツの種類：_____（ _____歳頃 _____年間）

9、女性の方のみご記入ください（婦人科系疾患の診断に必要です）

最終月経 _____年 _____月 _____日～ _____日間 閉経した

*妊娠の疑いのある方や授乳中の方はスタッフまでお申し出ください

検査当日のことをお尋ねします

- 1、最後に食事をされたのはいつですか 昨日 今日 _____時_____分頃
2、食後、糖分の入った飲み物は飲みましたか いいえ はい→_____時_____分頃
3、昨日から現在まで行われたことがあれば○で囲んでください

運動（ _____ ） 筋肉労働（畑仕事、荷物の運搬など） マッサージ
カラオケなど大きな声を出す 車の運転 自転車の運転

- 4、現在の便通は 普通便 下痢 便秘
便通のお薬を飲まれていますか いいえ はい
（薬剤名： _____ わからない）

5、どこか痛いところがありますか

- ない
 ある → 部位 _____ いつから _____

6、糖尿病の方にお聞きします

糖尿病のお薬を飲まれている方⇒ 本日お薬を 飲んでいない 飲んだ _____時頃
インスリン注射をされている方⇒ 本日の注射は していない している _____時頃

ご協力ありがとうございました。

ペースメーカーや埋込み式除細動器（ICD、CRT-P、CRT-D）、金属類（カツラ、アクセサリ、カイロ等）を身につけている場合は申し出てください。

⑤PET-CT検査説明書 および 同意書 (PETセンター保存用)

PET-CT検査と安全性について

ごく微量の放射性同位元素(^{18}F)をつけた薬剤(FDG)を静脈注射し、約一時間の安静後に排尿をすませ、全身の撮影(断層撮影)を行います。体内の糖代謝の状態をみることで、がん等の疾患を探す検査です。薬剤の副作用としては、極めてまれに軽微なアレルギー反応があるといわれていますが、重篤な副作用の報告はありません。

一回のPET-CT検査による被ばく線量は、胃のX線検査と同じ程度です。放射線障害が発生する事はありません。

検査の保険診療について

保険適応は ・悪性腫瘍(早期胃癌を除く)
・心疾患 ・大型血管炎
・てんかん です。

保険適応の場合、自己負担額は約3万円(3割負担の場合)です。しかし、その適応には厳しい条件が設定されており、適応疾患でも自費診療になる場合があります。

保険の適応外や検診の場合は自費となり、約10万円(税込み)になります。検査予約の段階で保険適応を外れることが明らかな場合は、主治医を通じて連絡させていただきます。

検査の限界について

PET-CT検査のみで診断が確定するものではありません。見つかりにくい腫瘍や転移病巣があり、他の検査との併用が必要になる場合があります。

見えない、または見えにくい癌

- 肺癌の一部 (高分化癌・肺胞上皮癌)
- 1cm未満の癌
- 腎臓癌、尿管癌、膀胱癌、前立腺癌
- 表在癌(早期癌)
- 胃のスキルス癌(硬化癌)

見えにくい癌の特徴

- ブドウ糖の取込みが少ない癌 (早期癌、悪性度の低い癌)
- 薄く広がり塊をつくらない表在癌
- 正常でもFDGが集まる脳・肝臓などに発生した癌

検査の注意点について

- ① 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができない場合があります。主治医に必ず申し出てください。
- ② 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器を装着されている方は、CT検査ができない場合があります。主治医に必ず申し出てください。
- ③ 空腹時血糖値が150mg/dlを超える場合は、正確な診断が期待できない場合があります。

その他

当PETセンターでは、来院後の安全や経過を観察する目的で、カメラによるモニターを行っております。画像を録画したり、プライバシーを侵害することはありません。ご了承ください。

私は主治医の説明を受けて、検査の安全性や限界について理解しましたので、本検査を受けることに同意します。また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。

西暦 年 月 日

ご本人 署名

説明担当医 署名

個人情報保護に関する事項について

撮られた画像を教育や研究に利用することに同意頂けますでしょうか。個人情報管理には万全を期し、氏名などのプライバシーに関わることは一切公表いたしません。

同意する

同意しない

※ご同意のない場合は、上記事項のために個人情報を利用することはありません。

⑥PET-CT検査説明書 および 同意書 (患者さん保存用)

PET-CT検査と安全性について

ごく微量の放射性同位元素(^{18}F)をつけた薬剤(FDG)を静脈注射し、約一時間の安静後に排尿をすませ、全身の撮影(断層撮影)を行います。体内の糖代謝の状態をみることで、がん等の疾患を探す検査です。薬剤の副作用としては、極めてまれに軽微なアレルギー反応があるといわれていますが、重篤な副作用の報告はありません。

一回のPET-CT検査による被ばく線量は、胃のX線検査と同じ程度です。放射線障害が発生する事はありません。

検査の保険診療について

保険適応は ・悪性腫瘍(早期胃癌を除く)
・心疾患 ・大型血管炎
・てんかん です。

保険適応の場合、自己負担額は約3万円(3割負担の場合)です。しかし、その適応には厳しい条件が設定されており、適応疾患でも自費診療になる場合があります。

保険の適応外や検診の場合は自費となり、約10万円(税込み)になります。検査予約の段階で保険適応を外れることが明らかな場合は、主治医を通じて連絡させていただきます。

検査の限界について

PET-CT検査のみで診断が確定するものではありません。見つかりにくい腫瘍や転移病巣があり、他の検査との併用が必要になる場合があります。

見えない、または見えにくい癌

- 肺癌の一部(高分化癌・肺胞上皮癌)
- 1cm未満の癌
- 腎臓癌、尿管癌、膀胱癌、前立腺癌
- 表在癌(早期癌)
- 胃のスキルス癌(硬化癌)

見えにくい癌の特徴

- ブドウ糖の取込みが少ない癌
(早期癌、悪性度の低い癌)
- 薄く広がり塊をつくらない表在癌
- 正常でもFDGが集まる脳・肝臓などに発生した癌

検査の注意点について

- ① 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができない場合があります。主治医に必ず申し出てください。
- ② 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器を装着されている方は、CT検査ができない場合があります。主治医に必ず申し出てください。
- ③ 空腹時血糖値が150mg/dlを超える場合は、正確な診断が期待できない場合があります。

その他

当PETセンターでは、来院後の安全や経過を観察する目的で、カメラによるモニターを行っております。画像を録画したり、プライバシーを侵害することはありません。ご了承ください。

私は主治医の説明を受けて、検査の安全性や限界について理解しましたので、本検査を受けることに同意します。また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。

西暦 年 月 日

ご本人 署名

説明担当医 署名

個人情報保護に関する事項について

撮られた画像を教育や研究に利用することに同意頂けますでしょうか。個人情報管理には万全を期し、氏名などのプライバシーに関わることは一切公表いたしません。

同意する

同意しない

※ご同意のない場合は、上記事項のために個人情報を利用することはありません。

高知大学医学部附属病院

TEL (088) 866-5811 (代)

PETセンター (088) 880-2220

交通案内

とさでん交通

はりまや橋方面から

- 医大病院行
- 医大病院経由歴史民俗資料館行
- 医大病院経由かもはら行
- 知寄町、大津バイパス経由 医大病院行
- 領石南国オフィスパーク行
- 田井行または奈路行

タクシー

- はりまや橋、高知駅から約20分
- 後免駅から約15分
- 高知龍馬空港から約30分



病院施設案内平面略図

1階

