

患者様用

◆ PSMA PET検査連絡票 ◆

＜紹介先医療機関＞ 医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

検 査 日	年 月 日 ()	来 院 時 間	時 分
-------	-----------	---------	-----

※ 時間厳守の程、お願い申し上げます。

●検査に関する注意事項

- ① 検査前の絶飲・絶食や服薬の制限はありません。
- ② 検査前日の過度な運動は控えてください。
- ③ バリウム検査後は PET-CT 検査の画像に影響を与えますので、**バリウム検査から5日以上空けて受診**してください。

●検査当日の持ち物

- ① 依頼医療機関から預かった書類(診療情報提供書・検査データ・PSMA PET の説明及び同意書など)
- ② お薬手帳 ③ マイナ保険証(または健康保険資格確認書) ④ 当院の診察券(受診歴のある方のみ)

●所要時間

PSMA PET 検査の撮影時間は約 15 分ですが、受付から検査終了までは約 2 時間 30 分かかります。
また、検査の進行状況により、お待たせする場合がございますので、あらかじめご了承ください。
(※検査機器の保守点検には万全を期しておりますが、万一、機器の故障等により撮影ができなくなる場合があります。)
その際は、検査日時の変更をお願いすることがありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

●PSMA PET 検査費用

- ・保険診療 **3割負担：約 170,000 円 / 1割または2割負担：22,000 円**
(※高額療養費制度の適用により、所得区分に応じて自己負担額が異なる場合があります。
記載の金額は令和8年10月作成時点のものです。制度改正等により変更となる場合があります。)
- ・自費検査 **297,000 円(税込)**

●検査の時間とキャンセルについて

検査時間に合わせて放射性薬剤を準備しますので、来院時間は必ずお守りください。やむを得ず検査をキャンセルされる場合は、紹介元医療機関へご相談のうえ、必ず検査前日(土・日・祝日を除く)の午前中までにご連絡ください。無断でキャンセルされた場合や、来院の遅れにより薬剤が使用できなくなった場合は、薬剤費をご負担いただく場合があります。

●その他

検査当日は、メディカルプラザ薬師西の京(西の京病院南隣)1階受付へお越しください。

＜シャトルバス案内＞

＜アクセスマップ＞

【運行時間】

8:00～16:00 (月～土)

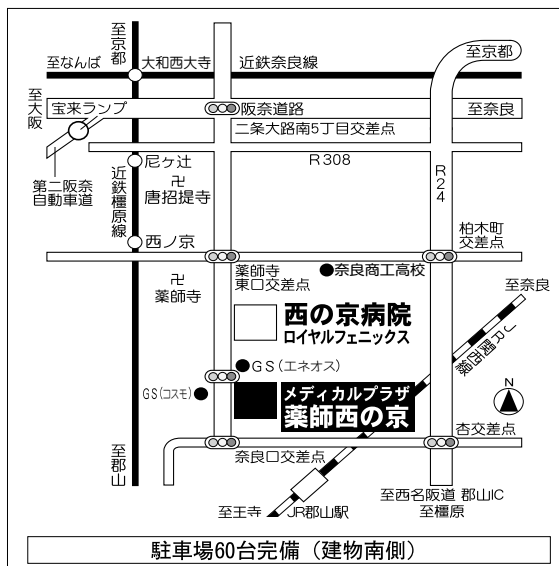


【のりば】

- ・近鉄 大和西大寺駅 南口広場 (毎時00、20、40分発)
(中央改札口より南側ロータリーへ)
- ・奈良交通 近鉄西ノ京駅バス停 (①番のり場) (毎時10分発)
(西口下車 西へ100m 奈良交通バス操車場内)
- ・近鉄 近鉄郡山 三の丸立体駐車場の北側 (毎時40分発)
(※駅前開発に伴い、のりばは変更となる場合があります。)
(最新情報はホームページでご確認ください。)
- ・J R 郡山駅 西口 (毎時35分発)

【所要時間】

各のりばより約10～15分



お申込日 年 月 日

＜紹介先医療機関＞ 医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

検 査 日	年 月 日 ()	来 院 時 間	時 分
次回診察予定日	月 日 AM ・ PM	＜紹介元医療機関＞	
(フリガナ)			
氏 名 (イニシャル可)	(男 ・ 女)		
生年月日	昭・平 年 月 日		
連 絡 先	() ー	診療科	科
診 療 区 分	外来 ・ 入院 (病棟)	紹介医師名	

以下の□にチェック (✓) を記入してください

診 断 名	☐ 去勢抵抗性前立腺癌		
検 査 目 的	☐ PSMA 標的療法前の適用判定(初回)		
	☐ PSMA 標的療法前の適用判定(2 回目) ※2 回目の検査は、PSMA 標的療法の適応判定を再度行う医学的必要性がある場合に限り、保険算定が認められます。 再検の医学的必要性が認められない場合は自費となります。		
	☐ 自費での検査 (医師が診療上、必要性和判断した場合にのみ実施いたします。)		
保険適用確認 [すべてに✓がない 場合は自費]	☐ プルヴィクト静注(¹⁷⁷ Lu-PSMA-617)を用いた放射性リガンド療法を考慮している		
	☐ 遠隔転移が確認されている		
	☐ 過去に ARSI 薬剤の治療歴がある(1 剤以上)		
転 移 部 位	☐ リンパ節(遠隔のみ) ☐ 骨 ☐ 肺 ☐ 肝臓 ☐ その他 ()		
PSA 値	ng/ml(年 月 日測定)		
臨床経過など	※保険適用上、本検査の目的は PSMA 標的療法の適用判定です(治療効果判定・経過観察目的は対象外)。また、保険診療での実施は原則 1 回であり、過去に PSMA PET を実施済みの場合は、再検の医学的理由を詳細にご記入ください。		
患者様情報 (いずれかに✓)	・ 閉所恐怖症 ☐ 無 ☐ 有 ・ 体内金属 ☐ 無 ☐ 有() ・ 移動方法 ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー ・ その他()		

患者様用

PSMA PET検査の説明及び同意書

内容をご確認の上、検査当日までにご署名いただき、ご持参ください。

① PSMA PET 検査について

^{68}Ga -PSMA PET 検査は、前立腺がん患者に対する PSMA 標的療法（放射性リガンド療法）の適応判定を補助することを目的とした検査です。

前立腺がん細胞に多く発現している前立腺特異的膜抗原（PSMA）に結合する放射性医薬品（ ^{68}Ga -PSMA-11）を静脈から注射し、PET-CT 装置で撮影することにより、がんの位置や広がり进行评估します。

検査では、 ^{68}Ga -PSMA-11 を静脈内に注射した後、約 60 分間安静にいただき、その後 PET-CT 装置で約 15 分間撮影を行います。

② 検査の安全性及び副作用

検査に使用する ^{68}Ga -PSMA-11 は、当院で検査当日に製造し、品質試験に合格したものを使用します。

この検査で受ける放射線被ばくは医療上必要な範囲内であり、通常は健康上問題となる量ではありません。

本検査で使用する薬剤について、ごくまれに、倦怠感、嘔気、嘔吐、便秘、注射部位の痛み、悪寒、口内乾燥などがみられることがありますが、重篤な副作用は報告されていません。

③ 緊急時の対応

検査中または検査後に体調不良などが生じ、緊急の処置が必要と判断した場合には、速やかに適切な処置を行います。

医療法人 康仁会 西の京病院 病院長 殿

（メディカルプラザ薬師西の京）

上記の内容を理解した上で PSMA PET による検査を受けることに同意いたします。

本同意書については、本人の同意と日付を優先とします。

令和 年 月 日

氏名 _____ (印)

(代理 _____ : 本人との関係、 _____)

プラザ診察担当医師 _____