

患者様用

◆PET-CT検査連絡票◆

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 検査当日は来院予約時間の4時間前から絶食をお願いします。
ただし、水・お茶は飲んでいただいてもかまいません。
- ② 前日の過度な運動（マラソン・ゴルフ・スポーツジムなど）やマッサージは控えてください。
- ③ MRI検査の追加がある方でコンタクトレンズを使用されている場合は、検査時に外していただきますのでコンタクト保存用ケースのご準備をお願いします。
- ④ 乳幼児がおられる場合、検査後24時間以内の授乳は避けてください。
また、12時間程度は妊婦や乳幼児への接触を避けていただくことをおすすめします。
- ⑤ バリウム検査後はPET-CT検査結果に影響を与えますので最低5日以上空けてください。
- ⑥ 血糖値やインスリンポンプ用のセンサーなど、検査に支障があるものは事前に外しておいてください。

●検査当日の持ち物

- ① 検査連絡票（本状）
- ② 保険証
- ③ 当院の診察券（受診歴のある方のみ）
- ④ 依頼医療機関より預かった書類（診療情報提供書・検査データなど）
- ⑤ PET（ポジトロンCT）検査の説明及び同意書と問診票（本票の④と⑤）

●所要時間

PET-CT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時間半かかります。
また、各検査の進行状況によりお待たせすることがございますが、予めご了承願います。

（※検査機器の保守点検等には万全を期していますが、万一機器の故障等で撮影ができなくなる場合がございます。）
その場合は、日時の変更をお願いすることがございますので、ご理解とご協力をお願い致します。

●PET-CT検査費用

保険診療3割負担で約3万円、1割負担で約1万円となります。

※他の検査を同時に受診される場合は別途費用がかかります。

●その他

検査当日はメディカルプラザ薬師西の京（西の京病院の南隣）の1階受付にお越しください。

〈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）



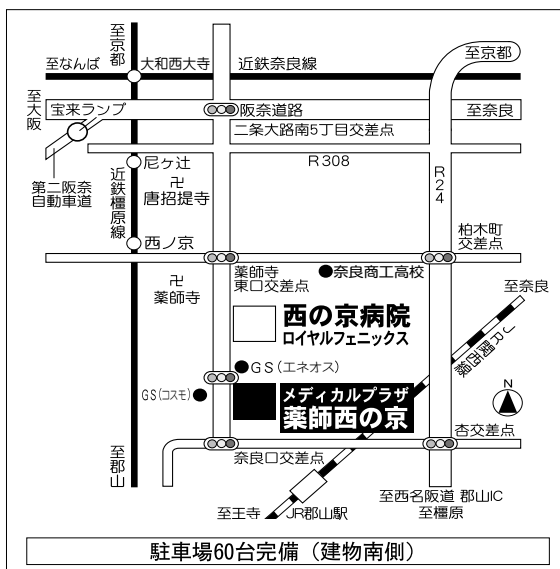
【のりば】

- ・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 アスモ前（毎時40分発）
- ・JR 郡山駅 西口（毎時35分発）

【所要時間】

各のりばより約10～15分

乗車の際運転手に“メディカルプラザ薬師西の京まで”
とお申しつけ下さい。正面入口までお送りします。



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	大・昭・平 年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来・入院 (病棟名)	紹介医師名	
PET-CT以外の追加検査項目 (ご希望の検査と部位を ○で囲んでください)	CT (単純・造影※ ①～⑤)	MRI (単純・造影※ ①、②、④)	
	全身・頭部・頸部・胸部・上腹部 骨盤腔・その他 ()	全身・頭部・頸部・胸部・上腹部 骨盤腔・その他 ()	
※造影検査の確認事項 (当院担当医師の判断で 造影検査が実施できない 場合もございます)	①アレルギー歴 (なし・あり) ②喘息 (なし・あり) ③重篤な甲状腺疾患 (なし・あり) ④腎機能異常 (なし・あり) 《 eGFR: mL/min/1.73m ² または クレアチニン値: mg/dL 》 ⑤ビグアナイド系の糖尿病治療薬の服用 (あり・なし) (「あり」の場合は必ず検査日とその前後2日間(計5日間)の休薬をおねがいします)		
保険適応疾患名 (疾患名のご記入または ○を付けてください) <撮影部位> てんかん…頭部のみ それ以外…頭頂～大腿部 ※保険適応以外の疾患は、 自費検査となります。	悪性腫瘍	保険適応疾患は早期胃がんを除く悪性腫瘍と下記の疑い癌病名となります。	
		確定癌病名 () 病期診断 / 転移・再発 (どちらかに○をつけて下さい)	
		疑い癌病名 { ①肺癌疑い / ②乳癌疑い / ③大腸癌疑い / ④頭頸部癌疑い ⑤膵癌疑い / ⑥転移性肝癌疑い <疑いは上記6病名のみです> } (他の検査、画像診断により癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者)	
	てんかん	難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者	
	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在又は活動性の判断のつかない患者	
	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、心サルコイドーシスの診断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 ※検査の24時間前から食事制限が必要になります。詳しくはお問い合わせください。	
<病歴・臨床経過等>		告知の有無 (なし・あり) なしの場合の患者様への説明内容	
画像検査	CT・MRI・エコー・その他 ()		
病理検査	細胞診／組織診 (結果:)		
腫瘍マーカー結果	CEA ()・CA19-9 ()・SCC ()・AFP ()・シフラ ()・他 ()		
その他	糖尿病 (なし・あり) 妊娠の可能性 (なし・あり)		
	ペースメーカー (なし・あり) ※MRIの追加検査がある場合		

患者様用

PET（ポジトロンCT）検査の説明及び同意書

① 検査方法

PET検査は ^{18}F -FDGという放射性同位元素で標識されたブドウ糖類似薬剤を静脈注射し、約60分の安静後、撮影を行います。 ^{18}F -FDGはブドウ糖と同様に体内の組織に吸収され、その分布や動態を測定し診断を行います。血糖値が高い状態では検査に支障が出ますので検査前4時間以上の絶食が必要となります。（糖分を含んだ飲み物、ブドウ糖の点滴も不可です）

② 検査の安全性及び副作用

検査に使用する ^{18}F -FDGは、院内施設で使用当日に合成し品質試験に合格したもので、サイクロトロン核医学利用専門委員会が成熟技術として認定した放射線薬剤の基準を満たすことが確認されたものです。この検査を行うことで受ける放射線量は胃透視検査で受ける量の半分位です。この薬剤による重篤な副作用の報告はありません。（妊娠の可能性のある方、授乳中の方は事前にお申し出下さい）

③ 検査についてのお願い

PET検査はすべての悪性腫瘍に対して万能な検査というわけではありません。 ^{18}F -FDGは尿として排泄されるため腎臓・膀胱・尿路系は診断が難しく、また肝臓・胃・前立腺につきましても他の検査の方が有効な場合もあります。

PET検査のみで診断が困難な場合は、CT・MRI等の検査を追加させていただくことがあります。

④ 緊急時の処置

検査中に万一緊急の処置を行う必要が生じた場合には、速やかに適切な処置を行います。

※上記内容を熟読され十分に理解し同意される場合は、下記にご署名・ご捺印下さい。

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 _____

患者様用

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 様 生年月日 T・S・H 年 月 日（ 歳）

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか は い ・ いいえ

① 下記について教えてください。

- ・“糖尿病”や“血糖値が高い”と診断されたことはありますか

は い（未治療・食事療法・内服・インスリン）・いいえ

- ・喫煙歴（電子タバコ含む） 吸わない ・ 禁煙した（ 本／日を 歳～ 歳まで 年間）
-
- 吸っている（ 本／日を 歳～ 歳まで 年間）

- ・飲酒 飲まない ・ 飲む（時々 ・ ほぼ毎日：飲酒量 1日 ビール mL / 日本酒 合）

- ・3ヶ月以内にワクチンを接種されましたか？ は い（右腕 ・ 左腕）・いいえ

⇒「はい」と答えた方は、ご記入下さい（接種日： 年 月 日頃・種類： ）

② 女性の方にお聞きます。

- ・最終月経はいつですか（ 年 月 日から 日間）／ 閉経した

- ・不正出血はありますか あ る ・ な い

- ・妊娠している可能性はありますか あ る ・ な い

- ・出産したことはありますか あ る ・ な い

③ PET検査を受けるにあたり、病名や症状・治療の経過について教えてください。

- ・治療前（レントゲン・CT・MRI・内視鏡・血液）の検査で（ ）の部分に異常あり詳しく調べるため

- ・治療中（病名： ） 年 月頃から（手術・薬・放射線）

- ・治療後（病名： ）（手術・薬・放射線） 年 月頃終了

- ・経過観察中（病名： ）

病状経過）※当院での検査が2回目以降の方につきましては前回受診以降の経過のみのご記入をお願いします。

④ 上記以外で現在治療中又は、既往歴（病歴・手術歴）はありますか

病 名	かかりつけ病院（医院）	主 治 医
例） 高 血 圧 （通院中・経過観察・完治・放置）	〇 〇 〇 （病院）医療センター	〇 〇 先生
（通院中・経過観察・完治・放置）	（病院・医療センター）	先生
（通院中・経過観察・完治・放置）	（病院・医療センター）	先生
（通院中・経過観察・完治・放置）	（病院・医療センター）	先生
（通院中・経過観察・完治・放置）	（病院・医療センター）	先生

⑤ 血縁関係（親子・親族）での病歴等を教えてください。

父・母・兄弟・姉妹・子・おじ・おば	がん（ ）・心臓疾患・脳血管疾患・肝疾患・糖尿病・他（ ）
父・母・兄弟・姉妹・子・おじ・おば	がん（ ）・心臓疾患・脳血管疾患・肝疾患・糖尿病・他（ ）
父・母・兄弟・姉妹・子・おじ・おば	がん（ ）・心臓疾患・脳血管疾患・肝疾患・糖尿病・他（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。