

# 診療情報提供書

( 外 来 PET-CT 検 査 )

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

年 月 日

担当医 放射線診断 科

殿

住 所

医療機関名

医 師 名

電 話 (       )       -

FAX (       )       -

紹介患者	フリガナ										
	氏 名				生年月日	年	月	日			
	住 所	〒									
	電 話 番 号	(       )	—			性 別	男 ・ 女				
受診希望日等	月	日	( 曜日 )	当院受診歴			有 ・ 無				
傷 病 名											
予約希望検査	PET-CT (頭頂部から大腿部までの撮影となります。)										
検 査 説 明	<input type="checkbox"/> 説明済		◎予約には放射線検査(医療被ばく等)に対する説明が必要になります。								
検 査 目 的	病期診断・再発診断・転移検索・その他(       )・良悪鑑別 ※良悪鑑別目的のみでのご紹介等、保険適用要件を満たさない場合は自費となる可能性がございます。御相談ください。										
持 参 フィルム	CT・MRI・X-P・RI・US・その他(       ) 可能な限りご持参ください。										
症 状 経 過 治 療 経 過	がん告知の有無(有・無)      当院でのがん告知の可否(可・否)										
現 在 の 処 方											
注意すべき合併症： なし 心疾患 緑内障 前立腺肥大 出血傾向 糖尿病 その他(       )											
アレルギーの有無： なし ヨード キシロカイン その他(       ) 詳細不明											
感染症の有無： なし HBV HCV その他(       ) ※差し支えない範囲でご記入ください											
被 保 険 者 氏 名				保 険 者 番 号							
記 号 ・ 番 号							本 ・ 家				
事 業 所 又 は 保 険 者 名							負 担 割 合      割				
公 費 等 記 号 番 号											

この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません  
独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 地域医療連携室

FAX(089)999-1115      TEL(089)999-1201

## FDG PET-CT 検査保険適用確認票 兼 検査前チェックリスト (院外用)

四国がんセンター 地域医療連携室を通じてFDG PET-CT検査を依頼される場合は、下記の保険適用条件をご確認頂き、条件を満たす場合には保険適用病名の記入をお願いいたします。また、検査前チェックリストについてもご記入ください。

【保険適用疾患】

悪性腫瘍 (早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)	> 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患者に使用する
-----------------------------	---

保険適用 あり →保険適用病名 (   )     •     なし

- \*「疑い」病名では保険適用となりません。
- \*治療後の経過観察目的のみの検査は保険適用に疑義が生じるため、お手数ですが、診療情報提供書に再発転移が疑われる臨床所見や、術後瘢痕等のため他の検査では診断ができない等の理由をご記入ください。
- \*治療効果判定目的は、悪性リンパ腫のみ保険適用となります。
- \*FDGの保険適用疾患である「てんかん・心疾患」についての検査は、当院では行っておりません。
- \*同一月内にガリウムシンチグラフィを行っている場合は、保険適用となりません。
- \*高額な検査ですので、自費で行う場合は患者さんに十分な説明をお願いいたします。

【検査前チェックリスト】 (以下にもチェックしてください。)

日常生活動作の状況	検査可能		検査不可
	自立	要介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があげばできる ( <input type="checkbox"/> 車いす) ( <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	<input type="checkbox"/> できない
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があげばできる	<input type="checkbox"/> できない
経口水分摂取	<input type="checkbox"/> 可		<input type="checkbox"/> 不可
認知 (視力、聴力、言語等)	<input type="checkbox"/> 問題ない	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があげばできる	<input type="checkbox"/> 問題あり
30分程度の静止	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があげばできる	<input type="checkbox"/> できない
携帯酸素の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
閉所恐怖 <small>*原則として高度の閉所恐怖のある患者さんは対象外</small>	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有

付き添い介助して下さる方のお名前をご記入ください。↓

氏名 続柄

---

患者氏名

医療機関名

この票に記載されている個人情報、PET-CT検査目的の為に使用し、他の目的には利用いたしません。

【お問い合わせ・お申込み先】

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 地域医療連携室  
 直通TEL: 089-999-1201 直通FAX: 089-999-1115  
 受付時間8時30分~18時00分 (土曜日・日曜日・祝日除く)

2011年2月 作成  
 2020年2月 改定

## 【PET-CT検査 同意書】

私はPET-CT検査についての説明を受け、理解した上で検査をすることに同意します。

検査予定日 年 月 日

ID:

説明年月日 年 月 日

氏名: 様

説明医署名

医療者側同席者

同意年月日 年 月 日

本人署名

同席者 (本人との関係)

代諾者署名 (本人との関係)

## 【PET-CT検査 問診票】

1. 癌や、手術を要するような大きな病気をされたことがあればご記入ください。

病名( ) 時期( 年頃) 手術( 有・無 )

病名( ) 時期( 年頃) 手術( 有・無 )

病名( ) 時期( 年頃) 手術( 有・無 )

2. 以下の質問にお答えください。該当する「□」にチェックしてください。

・糖尿病と診断されたことがありますか? 【  いいえ  はい 】

「はい」の場合 → 【  治療なし  内服薬あり  インシュリン注射あり 】

・3ヶ月以内に予防注射を受けましたか? 【  いいえ  はい 】

「はい」の場合 → 【 月 (上旬・中旬・下旬) 頃に、【 右・左 】に接種した。

【  インフルエンザ  肺炎球菌  その他( ) 】

・1週間以内にバリウムを使った胃腸の検査を受けましたか? 【  いいえ  はい 】

・ヨード造影剤アレルギーはありますか? 【  いいえ  はい 】

・気管支喘息にかかったことがありますか? 【  いいえ  はい 】

・閉所恐怖症はありますか? 【  いいえ  はい 】

・痛み等で撮影中(20~30分)じっとしていることが難しいですか? 【  いいえ  はい 】

3. お身体について気になる症状等がありましたらご記入ください。

4. 以下は検査当日問診時にお聞きしますので、未記入でかまいません。

・本日、水・お茶以外の飲食をしましたか? 【  いいえ  はい 】

「はい」の場合 → 【 \_\_\_\_\_ を、 \_\_\_\_\_ 頃に 】

・本日糖尿病の薬または注射を使用しましたか? 【  いいえ  はい 】

・昨夜から本日にかけて下剤を使用しましたか? 【  いいえ  はい 】

・本日、点滴をしましたか? 【  いいえ  はい 】

・女性の方へ

・妊娠している可能性はありますか? 【  いいえ  はい 】

・授乳中ですか? 【  いいえ  はい 】

・月経について 【  閉経前:最終月経 月 日 ~ 月 日 】

【  自然に閉経した  現在、薬で止まっている  手術で止まった 】

※ 問診票はご記入の上、当日ご持参ください。

四国がんセンター 放射線科  
2011年 2月 作成  
2022年12月 改定

PET-CT検査  
説明文書・同意書・問診票

### 1. PET-CT検査とは

PETとCTを一度に行う検査です。PETではブドウ糖に類似したFDGというお薬(放射性医薬品)を注射し、お薬から発生する放射線を撮影することにより、体内での分布を画像化します。癌はブドウ糖をたくさん消費するものが多いのでFDGが多く集まります。CTはX線で体の断層像を撮影する検査です。両者を組み合わせることで、FDGの集積部位がより明確になるだけでなく、FDGが集積しにくい癌の発見にも役立ちます。

### 2. 有用性および限界について

PET-CT検査は広い範囲を比較的楽に検査することができます。また他の検査ではわかりにくい癌を発見できることもあります。このため癌の治療方針の決定や再発、転移の発見などにたいへん有用です。しかし万能な検査ではなく、小さい病変やFDGの集まりにくい癌は発見できないことがあります。またFDGは癌以外に炎症や、脳などの一部の正常組織、腎臓や膀胱内の尿などにも集まるため、癌と区別しにくいことがあります。

### 3. 放射線の影響、使用する薬剤(FDG)の副作用について

PET、CTとも放射線を利用した検査です。検査で受ける放射線の量はPETでは約4ミリシーベルト(体重60kgの場合)、CTでは20～40ミリシーベルト前後(体格、検査法等により異なります)となり、放射線障害が問題となる量ではありません。

検査後も患者さんから微量の放射線がでていますが、速やかに減少し翌日には問題ありません。念のため乳幼児や妊産婦との長時間の密接な接触(抱っこ・添い寝など)は注射後12時間、授乳は24時間お控えください。検査における放射線の影響について、詳しくは別紙をご覧ください。

なお、FDGの副作用はごく稀で、主な副作用は嘔気(0.7%)、そう痒感(0.4%)等が報告されています。

### 4. 検査の方法

まずFDGを静脈に注射します。注射後は待機室で1時間程度安静にして頂きます。その後仰向けに寝ていただいた状態で、20分～30分撮影を行います。所要時間は全体で1時間半～2時間程度です。

### 5. 検査前の絶食について

**検査前は少なくとも4時間以上の絶食(可能なら5時間程度)が必要です。**

この間は飴、ガム、ジュース類、糖類を含む点滴や注射も不可です。

脱水を防ぐため水、お茶(糖などを含まないもの)は水分制限がなければ普段通りに飲んでください。

### 6. 糖尿病について

検査時の血糖値が著しく高い場合、病変を検出しにくくなる可能性があります。また検査当日の糖尿病治療薬(内服薬、インシュリン注射)は検査に影響が出る可能性があるため、検査終了まで使用できません。絶食については一般の方と同様です。

### 7. 検査中の付き添いについて

FDG投与後の身体からは微量の放射線が出ています。一般の方にはほとんど問題ない量ですが、医療従事者は患者さんに毎日接しているため、微量でも問題となります(ちりも積もれば山となる)。このためFDG投与後の患者さんにはあまり接することができませんので、一人でトイレや身の回りのことができない患者さんには付き添いの方をお願いしています。ご協力をよろしくお願い致します。

### 8. その他の注意事項など

- 妊娠の可能性がある方は検査できません。授乳中の方は主治医とご相談ください。
- 撮影中に動くと画像が乱れます。また撮影装置から転落する危険もあります。痛みなどで20～30分静止できない方、認知症などで理解力が乏しい方は検査ができません。
- 閉所恐怖症の方は検査ができません。
- 本検査前にバリウムを使った胃腸の検査はお控えください。(バリウムが残っていると画像が乱れます)。
- まれにPET-CTに関連する装置のトラブルにより、検査時刻の遅延や検査が中止になることがあります。その場合は、検査日時の変更をお願いすることがあります。ご迷惑をおかけすることがありますが、ご賢察の上、ご理解とご協力をお願いいたします。
- 万が一、合併症を発生して、その治療が必要な場合は、通常の保険診療となります。
- ご不明の点があれば下記にご連絡ください。

平日8時30分～17時15分 四国がんセンター がん相談支援センター 089-999-1114(直通番号)  
平日時間外および土・日・祝日 日直/当直師長 089-999-1111(代表番号)

2011年 2月 作成  
2020年 2月 改定

# PET-CT検査を受けられる方へ

## 前日

食事に制限はありません。激しい運動はしないでください。  
夕食以降の下剤は飲まないでください。

## 検査当日

《注意事項》



たばこはお控えください。



検査予約時間の**少なくとも4時間以上前（可能なら5時間程度）**から、何も食べないでください。

飴・ガム・サプリメント等も食べないでください。

白湯・水・お茶は飲んでかまいません。

糖尿病の薬と下剤は飲まないでください。それ以外の薬はお飲みください。

その他、**「PET-CT検査説明文書・同意書・問診票」**の内容をよくお読みください。

尿パット・紙おむつを使用されている方は替えを余分にご用意ください。

検査室では、まず検査薬を注射します。

注射して1時間程度待機室で安静にした後、仰向けに寝た状態で撮影（約20～30分）します。

### 【外来で検査を受ける場合】

2F再来受付機で受付後、予約時間の**20分前**までに**I受付**にお越しください。

検査の都合上、しばらくお待ちいただく場合があります。

寒い時期に検査を受けられる方は、温かくしてお越しください。

### 【入院中に検査を受ける場合】

検査室の準備が出来ましたら、病棟看護師から案内があります。

**検査カードと診察券**をお持ちのうえ**I受付**にお越しください。



## 検査終了後

普段どおりにお過ごしください。

乳幼児や妊産婦との密な接触は検査後**12時間**は避けてください。

授乳は**24時間**避けてください。

検査後の尿に微量の放射性医薬品が含まれますので、病院で交換した使用済みの紙おむつ・尿パットは回収します。

入院中の方は、食事をお持ちしますので、看護師に声をおかけください。

- ・検査についての問い合わせや不明な点があれば下記にご連絡ください。  
平日8時30分～17時15分 がん相談支援センター 089-999-1114（直通番号）  
平日時間外および土・日・祝日 日直/当直師長 089-999-1111（代表番号）
- ・予約日の変更については下記にご連絡ください。  
平日8時30分～17時15分 予約センター 089-999-1112（直通番号）
- ・入院中の方は看護師にお尋ねください

## CT・PET-CT・核医学検査を受けられる方へ

CT や PET-CT ・核医学検査は、あなたの病気の状態を正確に診断し今後の治療方針を決定する上で重要かつ必要な検査です。これらの検査では放射線や放射性医薬品を使用して検査を行います。

放射線の影響については、一度に受けた放射線の量が 100 ミリシーベルトを超えると、放射線を受けていない人と比べ、発がん率や胎児への影響に増加がみられると報告されております。当院で行っている通常の放射線検査で 100 ミリシーベルトを超える可能性はありません。

担当医は、検査を受けることで得られる利益が被ばくの不利益よりも上回ると判断し、今回の検査をお勧めしております。また、検査を担当する放射線技師は、最適な量の放射線で検査ができるように努めています。

放射線のことで心配なことがあれば、担当医とよく相談したうえで、納得して検査を受けてください。妊娠や妊娠の可能性のある方は必ずお申し出ください。

また、検査日が決定した後でも、放射線についてご不明な点などがありましたら、担当医までお申し出くださいますようお願いいたします。申し出がない場合は、予定どおり検査させていただきます。ご不明な点がありましたら、下記までご連絡くださいますようお願いいたします。

当院の放射線検査における放射線の量

CT	頭部 CT：約 3 ミリシーベルト 胸部 CT：約 6～12 ミリシーベルト 体幹部 CT：約 15～22 ミリシーベルト（胸部～骨盤まで）
核医学検査	骨シンチ：約 4 ミリシーベルト その他の検査：約 1～12 ミリシーベルト
PET-CT	FDG：約 4 ミリシーベルト（体重 60kg の場合） CT：約 20 ミリシーベルト

検査目的（造影検査や撮影回数の追加等）や体格などにより、この値を超えることがあります。

（ミリシーベルト：人体の被ばくの影響を表す単位）

### 四国がんセンターの連絡先

平日 8：30～17：15 四国がんセンター がん相談支援センター

（直通番号）089-999-1114

平日時間外および土・日・祝祭日 日直/夜間当直師長

（代表番号）089-999-1111

2020 年 2 月