

FDG-PET・PET/CT 検査のご案内

◆検査申し込みについて

地域医療総合窓口あったかサポートセンターへお電話下さい。

予約可能な日時をお伝えしますので患者様とご相談の上日時を決定し、FAXにてPET・PET/CT診療情報提供書（日本生命病院用）を送信してください。

地域医療総合窓口あったかサポートセンター

TEL：06-6443-3470

FAX：06-6443-3585

◆検査当日

- ①検査予約票（患者様用）
- ②診療情報提供書（日本生命病院用）
- ③検査説明書兼検査実施同意書（患者様記載が必要です）
- ④健康保険証

患者様に上記をご持参いただきますよう御手配ください。
また、他の画像診断結果、病理検査結果、腫瘍マーカーの情報などがありましたら併せて患者様にご持参いただきますようお願いいたします。



◆検査結果

原則として、検査後1週間以内で紹介元医療機関宛に検査結果報告書とCD-ROMを郵送いたします。

◆予約の変更・キャンセル

検査前日の16:00までに必ず地域医療総合窓口あったかサポートセンターまたは放射線診断科までご連絡下さい。¹⁸F-FDGという非常に高額で短寿命（半減期2時間）の放射性医薬品を準備する都合上、是非ご協力をお願いいたします。

ご連絡なく、キャンセルされた場合、薬剤費（約5万円）を請求させていただく場合がございます。

公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院

地域医療総合窓口あったかサポートセンター

(TEL：06-6443-3470 FAX：06-6443-3585 [医療機関様専用直通 平日8:30～19:00])

2021年11月作成

FDG-PET・PET/CT をご依頼くださる医療機関の先生へのご案内

◆注意事項

1. 保険適用のご確認

¹⁸F-FDG（放射性フッ素標識ブドウ糖）を用いた PET・PET/CT は高度の画像診断法で、検査の保険適用は特定疾患の精査目的に厳しく制限されており、疾患や目的によっては検査費用が自費となります。この点についてご理解、ご説明の程よろしくをお願いいたします。特に悪性腫瘍の疑いや早期胃がんでは保険適用されませんのでご注意ください。

FDG-PET 保険適用要件（2020年4月現在：PETは1～4、PET/CTは1、3、4が保険適用）

1. 悪性腫瘍	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。 (早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む)
2. 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（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞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又は心エコーの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患者に使用する。
3. 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。
4. 血管炎	高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に使用する。

- ・同一月での PET 検査とガリウムシンチの保険請求は出来ません。
- ・他施設に入院中の患者様は、当該施設（医療機関）様へのご請求（自費診療額）となります。

2. 患者様に関する注意事項

- ・検査前5時間（心臓の検査は12時間）以降の食事、糖分摂取、およびブドウ糖の入った点滴は中止してください。水やお茶の摂取は問題ありません。
検査当日は糖分の入っていない水分は積極的に取っていただきます（FDGの尿中排泄を促すため）。
- ・検査前1週間程の激しい運動は控えていただきます。
- ・糖尿病の治療中で、空腹時血糖値が200mg/dl以上ある患者様は原則として検査はできません。
また検査当日はインスリン、経口糖尿病薬などの治療薬を使用しないよう御指示ください（絶食に伴う高度の低血糖をさけるため）。
- ・同日の他の検査や診察はなるべく避けてください。
- ・検査はトータルで3-4時間を要し、そのうち撮影時間は途中の30分程度です。撮影の間、体動抑制が困難な方は原則として検査できません。
- ・妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は検査できません。

3. FDG-PET・PET/CTの被ばくと検査の限界について

放射線被ばくはCTもあわせて15mSv程度以下で、心臓のCT検査などと同じレベルです。

FDG-PET・PET/CTでは症状の出る前のがんが発見できることが知られていますが、すべてのがんにも有効というわけではありません。特に腎臓、膀胱は健常でも薬剤が尿中に排泄されるため、判断が難しい場合があります。肝臓、胃、前立腺は超音波検査や内視鏡検査の方が有効な場合があります。また、薬剤が活動性の炎症にも集まるため、がんとも紛らわしいことがあります。1cm以下のがんや、ブドウ糖の取り込みが少ないがんなどでも評価できないことがあります。

FDG-PET・PET/CT 検査予約票

年 月 日

フリガナ		男・女	医療機関名
お名前		(歳)	所在地
生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	電話
住所	〒		FAX
T E L		職業	診療科
検査予約日時	年 月 日	AM・PM	時 分

※主治医から依頼のあったあなたの検査の予約日時は上記のとおりです。検査は予約制になっています。この検査は、高額で別使用のできない放射性医薬品を使用するため、都合が悪くなった場合は**検査前日（16時）までに必ず**下記の連絡先へご連絡ください。

ご連絡がなく、キャンセルされた場合は薬剤代金：約5万円をいただく場合がございます。

※検査当日は、①検査予約票、②診療情報提供書、③検査説明書兼検査実施同意書、④健康保険証を持って**検査開始15分前までに**2階、地域医療総合窓口あったかサポートセンターまでお越しください。

◇食事について

検査開始**5時間前から絶食**が必要です。ガム、飴など、糖分のある食品も摂取できません。

但し、糖分の入っていない水分（水・お茶）は摂取しても構いません。また当日は撮影前後で積極的に水分を摂取していただきますので各自ペットボトルの水やお茶をご持参ください。

検査前に血糖値を測定し、その時の血糖値が200mg/dl以上ある方は検査ができません。

◇検査は受付から退室まで3時間～4時間でその内、撮影する時間は途中の20-40分です。（内容、部位によって多少異なります）入院の必要はありません。

◇衣類について

検査前に更衣室にて所定の検査着に着替えていただきます。その際、金属ファスナーのあるズボン、スカート、ブラジャー、金属のついた下着などは脱いでいただきます。

☆次に該当する方は検査ができません。

- 1 糖尿病で現在治療中または経過観察されている方
- 2 閉所恐怖症の方
- 3 意思疎通が困難な方、安静維持が困難な方
- 4 妊娠中または妊娠の可能性のある方

◇検査料は、保険適用で3割負担の場合約3万円となります。

◇介助の必要な方、お子様は付き添い同伴でお越しください。

◇その他何か不明な点がありましたらお問い合わせください。

連絡先：日本生命病院 地域医療総合窓口あったかサポートセンター

TEL：06-644-33-446（代表）【月曜～金曜 8：30～17：00】

2021年11月作成

FDG-PET・PET/CT 診療情報提供書

年 月 日

フリガナ		男・女	医療機関名
お名前		(歳)	所在地
生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	電話
住所	〒		FAX
T E L		職業	診療科
検査予約日時		年 月 日	AM・PM 時 分

検査依頼 (注1)	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> ドックまたは保険外診療での検査、もしくは悪性腫瘍検査以外 注1) 「疑い病名(…がん疑い)」や早期胃がんは保険適用外となります。
傷病名 (悪性腫瘍の場合) (注2)	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 胆管がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 胃がん(早期胃がんを除く) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 甲状腺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 皮膚がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他() 注2) 傷病名は病理診断、または高い蓋然性を持つ臨床的診断による。
直近の 画像検査	<input type="checkbox"/> PET/CT以外の画像診断(エコー・CT・MRI・骨シンチ等)が数ヶ月以内に先行し実施されている。 <input type="checkbox"/> 上記画像診断で病期診断/転移・再発診断が確定できない。 <input type="checkbox"/> PET/CTと同月にガリウムシンチは実施されていない。 ※保険上、両者の同月請求不可のため、実施されていればPETを翌月に変更いたします。
検査目的 (注3)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 次の治療前の再病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 注3) がんのスクリーニング、病変の良悪鑑別、単純な経過観察等は保険適用外です。
臨床経過	<p>◎以下の情報の提供をお願いします。</p> 手術・病理診断・腫瘍マーカーに関して、特に最近のものは内容・年月日を詳しくご記入下さい。 転移・再発が疑われる場合は具体的な部位をご記入、又は画像所見を添付下さい。
確認事項 (注4)	身長・体重 cm kg 糖尿病 有 無 治療 <input type="checkbox"/> インスリン療法 <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 無治療 注4) PET時に高血糖(200mg/dl以上)がある場合や当日の糖尿病治療薬の使用時は、原則としてPET検査はできません。
現在の処方	
備考	

公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院
 地域医療総合窓口あったかサポートセンター

(TEL: 06-6443-3470 FAX: 06-6443-3585 [医療機関様専用直通 平日8:30~19:00])

2021年11月作成

FDG-PET・PET/CT 診療情報提供書

年 月 日

フリガナ		男・女	医療機関名
お名前		(歳)	所在地
生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	電話
住所	〒		FAX
T E L		職業	診療科
検査予約日時			医師名
	年 月 日	AM・PM	時 分

検査依頼 (注1)	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> ドックまたは保険外診療での検査、もしくは悪性腫瘍検査以外 注1) 「疑い病名(…がん疑い)」や早期胃がんは保険適用外となります。
傷病名 (悪性腫瘍の場合) (注2)	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 胆管がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 胃がん(早期胃がんを除く) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 甲状腺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 皮膚がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他() 注2) 傷病名は病理診断、または高い蓋然性を持つ臨床的診断による。
直近の 画像検査	<input type="checkbox"/> PET/CT以外の画像診断(エコー・CT・MRI・骨シンチ等)が数ヶ月以内に先行し実施されている。 <input type="checkbox"/> 上記画像診断で病期診断/転移・再発診断が確定できない。 <input type="checkbox"/> PET/CTと同月にガリウムシンチは実施されていない。 ※保険上、両者の同月請求不可のため、実施されていればPETを翌月に変更いたします。
検査目的 (注3)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 次の治療前の再病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 注3) がんのスクリーニング、病変の良悪鑑別、単純な経過観察等は保険適用外です。
臨床経過	<p>◎以下の情報の提供をお願いします。</p> 手術・病理診断・腫瘍マーカーに関して、特に最近のものは内容・年月日を詳しくご記入下さい。 転移・再発が疑われる場合は具体的な部位をご記入、又は画像所見を添付下さい。
確認事項 (注4)	身長・体重 cm kg 糖尿病 有 無 治療 <input type="checkbox"/> インスリン療法 <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 無治療 注4) PET時に高血糖(200mg/dl以上)がある場合や当日の糖尿病治療薬の使用時は、原則としてPET検査はできません。
現在の処方	
備考	

公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院
 地域医療総合窓口あったかサポートセンター

(TEL: 06-6443-3470 FAX: 06-6443-3585 [医療機関様専用直通 平日8:30~19:00])

2021年11月作成

FDG-PET・PET/CT 検査説明書兼検査実施同意書

年 月 日

フリガナ		男・女	医療機関名
お名前		(歳)	所在地
生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	電話
住所	〒		FAX
TEL		職業	診療科
検査予約日時	年 月 日	AM・PM	時 分

- この検査は、¹⁸F-FDG（放射性フッ素標識ブドウ糖）というがんや炎症に集まりやすい放射性医薬品を静脈注射し、専用のPET/CT装置で撮影する検査です。がん検出の感度が高く、症状の出る前のがんが発見できることも知られていますが、すべてのがんに有効というわけではありません。1cm以下のがんや、ブドウ糖の取り込みが少ないがんなどでは評価できないことがあります。
腎臓、膀胱のがんは薬剤が尿中に排泄されるため判断が難しく、肝臓、胃、前立腺は超音波検査や内視鏡検査の方が有効とされています。活動性の炎症にも薬剤が集まるため、がんと炎症の区別が出来ないことがあります。
- FDGはブドウ糖に似た物質ですので、アレルギーの心配はありません。また、速やかに尿中に排泄されます。排泄を促すために、検査前後には十分な水分補給が必要です。
- この検査による放射線被ばくは、CTも合わせて15mSv程度以下で、放射線障害を起こす心配は全くありません。
- 検査前最低5時間は糖を含む飲食品を控えることが、もっとも大切な注意事項です。**
- 当日は糖尿病の薬（インスリン含む）は使用できません。
- 糖尿病や不十分な絶食等で血糖値が高い場合（200mg/dl以上）、正確に診断できないことが多く、良い検査ができなくなります。
- 検査前に激しい運動を行った場合は正確に診断できないことがあります。
- 閉所恐怖症の方、安静維持が困難な方、妊娠されている方は検査ができません。
- 受付から退室までの時間は約3-4時間です。撮影時間は途中で20-40分程度ですが、追加撮影する場合があります。
- FDGは非常に高額で別使用のできない医薬品なので、都合が悪くなった場合、検査前日（16時）までに必ず日本生命病院 あったかサポートセンター TEL：06-644-33-446（代表）に連絡して下さい。連絡なくキャンセルされた場合、薬剤費（約5万円）を請求される場合があります。

- - - - - 検査同意書 - - - - -

日本生命病院長殿

私は、PET・PET/CT検査を受けることの必要性については検査依頼担当の医師から説明を受け理解しました。PET・PET/CT検査を受けること、及び当日の状況等により検査が実施できない場合、中断する場合があることについて同意します。

（本人が未成年者や付き添いが必要な方の場合、ご家族や代理の方の代筆でも結構です）

患者氏名 _____ 年 ____ 月 ____ 日
 (又は親権者) _____

家 族 _____
 (患者との関係) _____

