

PET/CT 検査説明書

PET/CT 検査をご依頼くださる医療機関の先生へのご案内

千葉県がんセンター 043-264-5431 (受付時間午前9時～午後5時)
地域医療連携室 内線 2401 ・ 2402

- 検査予約に関連する業務の簡便化のため、電話での検査依頼をお受けいたします。千葉県がんセンター 地域医療連携室にお問い合わせ・お申し込みください。
- その際に、患者氏名、電話番号、生年月日、傷病名、検査目的*1、糖尿病に関する情報*2、身長、体重、感染症の有無等を伺います。ご理解ください。
- 検査時間枠は午後2時から午後3時を用意しています。
- 予約日時が決まりましたら、PET/CT 検査予約票に、患者氏名・検査日時をご記載の上、お渡してください。患者様に注意事項（検査前6時間の絶食、糖分を含む飲料の摂取禁止、下剤の服用禁止）をご説明願います。
- 検査予約は、電話での応答にて完了させていただきますが、当日、患者様に紹介状（診療情報提供書）をご持参いただくようお願いいたします。その際、必ず病名、検査目的、治療経過、病理診断結果、腫瘍マーカー値のご記載をお願いいたします。
- PET/CT 検査お申し込みいただくまでの他の画像検査結果（CT、MRI ほか）も診断の際の参考とさせていただきますので、検査当日にご貸与願います。
- 報告書は、検査結果や画像(CDROM)と共に、後日地域医療連携室より、担当医宛に郵送いたします。

*1 PET/CT 検査の保険適用は、2010年4月より、「早期胃がんを除く悪性腫瘍で、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」となりました。また、病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば、従前の通り算定できるとされています。

*2 腫瘍の描出能は、血糖値によって大きく影響を受け、高血糖(200mg/dl以上)の場合には腫瘍描出能は著しく低下いたします。また検査当日の糖尿病薬剤の投与・内服は避けていただきます。

氏名 () 貴院 ID () 千葉県がんセンターPET 検査予約控

予約日時 年 月 日 () 午後 時 分
(がんセンター地域医療連携室から返答のあった検査日時をご記入ください)

PET/CT 検査予約票 ご本人様控

(必ず患者様へお渡しください)

PET/CT を受けられる患者様への注意事項

- 検査当日にお持ちいただくもの
 - 健康保険証ならびに各種医療受給者証
 - PET/CT 検査予約票（本紙）
 - 紹介状（診療情報提供書）および CT や MRI などの検査フィルム
- 検査にあたってのご注意
 - 検査のための薬剤の注射は下記予約表の時刻を予定しています。遅くとも 30 分前には千葉県がんセンター受付 1 番で手続きを行ってください。
 - 手続き後、2 階の核医学診療部受付においでください。
 - 検査前 6 時間はお食事を摂らないようお願いいたします。糖分の入っていない水や白湯、お茶を飲むことはかまいません。
 - PET 検査は血糖値によっては、病気を正しく判定できないことがありますので、当日血糖値を測定いたします。値により検査を中止する場合があります。
 - 検査予定日の前日より、激しい運動はひかえてください。
 - 服用中のお薬でも、以下のものは検査終了まで中断していただきます。そのほかの薬剤は指示のない限り普段どおりに内服してください。
 - インシュリン注射 → 検査当日は不可
 - 下剤 → 検査前日より使用不可
 - 予定時刻に間に合わない場合やご来院できない場合は、判明した時点で直ちに千葉県がんセンター代表 043-264-5431 核医学診療部内線 3501 までご連絡ください。
 - 受付から検査終了までは 3 時間の予定ですが、撮影回数を増やす場合にはさらに長くなることもあります。
なお、検査開始時間は多少前後いたしますので、ご了承ください。
 - 検査料金の目安は、1 割負担の方で 15,000 円、3 割負担の方で 35,000 円ほどです（自費診療扱いでは、94,500 円となります）。
 - 妊娠中、および授乳中の方は検査を受けることができません。
 - ペースメーカーを使用されている場合、検査前にお知らせください。

依頼病院 ()
依頼医 () 科 Dr. _____

氏名 () 貴院 ID () 千葉県がんセンターPET 検査予約

予約日時 年 月 日 () 午後 時 分

(がんセンター地域医療連携室から返答のあった検査日時をご記入ください)