

PET-CT 検査のご案内

松阪中央総合病院では、最先端 PET-CT 装置（ GE 社製 Discovery PET/CT 710/128 ）を導入しております。

当院での PET-CT 検査をご希望される方は、次の項目をご確認の上、電話にてご予約頂きます。

ご不明な点がございましたら、予約時に承ります。

- 保険適用要件に該当すること
- ADL が自立していること
- 閉所恐怖症がないこと
- 妊娠中でないこと
- 血糖値が 150mg/dl 以下であること
- 撮影時間の約 30 分間安静を保てること
- 1 週間以内にバリウム検査をしていないこと

放射線科予約専用電話
(平日午前 8:30～午後 6:30)

0598-21-8417

《 保険適用要件 》

1. 早期胃癌を除く悪性腫瘍の病期診断、または転移・再発の診断について、保険適用となります。
2. 病理組織的に悪性腫瘍であることが確認されている事が必要です。
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ている場合、保険適用となります。
3. 画像診断、他の検査による精査が施行されていないと保険適用になりません。
4. スクリーニング目的や、化学療法・放射線治療の効果判定目的、定期的な経過観察目的は保険適用になりません。ただし、悪性リンパ腫の治療効果判定については、「転移・再発診断」に該当するとの見解が出されており、保険適用可能です。
5. 同一月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合は保険適用になりません。

予約が完了致しましたら当院ホームページより必要書類をダウンロードして頂き、その中の**診療情報提供書**にご記入の上、当院地域医療連携室まで FAX して頂きます。FAX 番号：0598-21-7616

患者様への詳細な検査説明は、診療情報提供書にご記入された患者様の電話番号に、後日当方から予約確認と共にご連絡をさせていただきます。

検査結果が出るまでに約 1 週間を要します。結果説明の予約はそれ以降にお願い致します。

保険適用外での検査をご希望の場合は、その旨予約時にお申し付け下さい。自費は 100,500 円（税込）です。

診療情報提供書 (PET-CT 検査用)

年 月 日

紹介先 松阪中央総合病院
医療機関名 〒515-8566
松阪市川井町字小望 102
TEL 0598-21-5252紹介元
医療機関名

担当医 放射線科医師

診療科
医師氏名

印

フリガナ		性別	紹介元 ID No.	松阪中央 ID No.			
患者氏名	様	男・女					
患者住所							
電話番号		携帯番号					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳	職業	

傷病名					<input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済		
	病理診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (結果)					
紹介目的	検査種	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療	*自費: ¥100,500 (税込) での検査となります				
既往歴及び家族歴							
症状経過及び検査結果	腫瘍マーカー ()						
	事前の画像診断 (持参下さい)	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> その他 ()	
治療経過及び現在の処方							
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖値 _____ mg/dl)	↳ <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射				
チェック項目	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査できません)	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査できません)	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 要介護 (付添いが必要です)			
備考							
検査日時	年	月	日	午前・午後	時	分	来院

PET-CT 検査説明書

●当日持参頂くものです。

*紹介状（診療情報提供書・事前の画像診断データ）

*保険証

*松阪中央総合病院の診察券（初めての方は結構です）

*500mlの水又はお茶（ペットボトル）

●検査前6時間は絶食です。水又はお茶は飲んでもかまいませんが、糖分の入ったものは厳禁です。

●検査前日から、必要以上の運動は避けて下さい。

●ご都合により検査をキャンセルされる時は、検査前日の15:00までにご連絡下さい。（0598-21-8417）
当日キャンセルの場合等では、キャンセル料を頂くことがございます。

●検査中の患者様の安全確保、及び適切な検査を行うために、検査室・安静室内は観察用カメラが稼動しております。ご理解、ご協力をお願い致します。

	時間	詳細
来院	30分	来院後、玄関ホールの総合受付にお越し下さい。 カルテなどの準備をさせて頂き、放射線科受付へご案内致します。
受付		X線CT受付にて受付を済ませ、PET-CT室に来て頂きます。
問診・説明	10分	検査の説明や、絶食等の確認をさせて頂きます。 検査についてわからないことや不安なことがあればお聞きください。
更衣	5分	専用の検査着に着替えて頂きます。
体重血糖値測定	5分	検査を行う上で必要な体重や血糖値を測定します。血糖値結果によっては、当日検査が行えないことがありますので、ご了承ください。
注射	10分	目的臓器に集まるFDG薬剤を静脈注射します。
安静	60分	FDG薬剤が身体中を巡り、目的臓器に十分に集まるまでの間安静にして頂きます。 この間できるだけ動かさず目を閉じてお過ごしください。 被ばくを少なくするため、持参して頂いた水分の摂取をお願い致します。
撮影①	30分	余分なFDG薬剤がおしっこと共に膀胱に溜まっているため排尿してください。その後約20～30分間の撮影を致します。
回復	30分	撮影した画像を確認するとともに、身体内にある放射性物質が十分に減少するまで休憩して頂きます。
(撮影②)	15分	必要に応じて2回目の撮影を行うことがあります。
更衣	5分	元の服に着替えて頂き、検査終了となります。
会計		正面玄関の会計窓口で会計を済ませて頂きます。（16:30以降は入退院受付）

●身体内にある放射性物質の排泄を促すため、検査終了後は水分を多めにお取りください。