

PET-CT 検査の申込について

お申込み手順

1 大崎市民病院 地域医療連携室 予約センター【0120-003-934】に電話する。

予約センターは、放射線部核医学検査室に電話を取り次ぎます。診療放射線技師が患者の氏名、生年月日、体重、依頼される先生のお名前をお伺いいたします。併せて、受診希望日を確認した上で、検査の予約日時を回答いたします。

2 予約日時を資料1に記載し、患者に交付する。併せて、患者に予約時間の30分前までに市民病院に来院するよう案内し、検査注意事項等も説明する。

3 電話連絡した当日中に、資料2予約申込書を作成しFAXを送信する。

4 診療情報提供書、検査データ等を患者に交付する。

5 患者が大崎市民病院を受診する。

6 検査結果の報告を受ける。

医師返書、検査結果（画像データ）、読影レポートは検査の翌水曜日に郵送いたします。お急ぎの場合はご予約の際にご相談下さい。

※ 保険適用は下記のとおりです。その他詳細は「PET/CT 検査 ご依頼の先生方へ」をご参照ください。

(1) 対象疾患

悪性腫瘍（早期胃がんを除く）

(2) 検査目的

病期診断、再発診断、転移検索、治療効果判定

(3) 依頼前の確認事項

「PET/CT 検査 ご依頼の先生方へ」の連絡事項をご確認ください。

(4) その他

心サルコイドーシスの病変検出等が検査目的の場合は、一度原疾患診療科にご紹介ください。

お問い合わせ：大崎市民病院地域医療連携室 0229-23-9986（直通）

PET/CT 検査を受ける皆さまへ

資料 1

大崎市民病院地域医療連携室

フリガナ

患者氏名 _____ 様 の検査予約日時です。

予約日時	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> AM	時 分
<input type="checkbox"/> PM			
新患窓口（正面玄関を入れて左側）に上記時間までお越してください。			

- ・ 検査は受付、診察を含め全体で約4時間かかります。
- ・ 体調が優れない方や、ご高齢の方はご家族の付き添いをお願いいたします。

1. 来院するにあたって

(1) 持参物

- PET/CT 検査 予約申込書 兼 診療情報提供書（各種検査結果を含む）
- 診療申込書 保険証 お薬手帳
- 画像データ（CT/MRI/超音波検査/核医学検査等） 水（500ml）

(2) 会計

検査後に会計窓口にて検査料金をお支払いいただきます。（3割負担の方：約31,000円）

2. 注意事項

(1) 検査当日の食事・水分の摂取について

- **予約時間の6時間前から絶食です。**（お食事は摂らないでください。）
- ※ 水、お茶は摂取可能ですが糖分や脂肪分が含まれる飲み物は摂取しないでください。
- ※ 午後検査の方は当日の朝食は、いつもの半分の量でお済ませください。その場合、糖尿病の方は糖尿病の治療薬やインスリン投与の量も半分に調整ください。

(2) 検査当日の服用中のお薬について

糖尿病薬、インスリン以外の薬は、普段どおりに服用してください。
糖尿病の方で食事をしない時は、糖尿病の治療薬、インスリン投与はお控えください。

(3) 検査を受けるにあたっての過ごし方

- ア) 検査1週間前からバリウムの検査を行わないようにしてください。
 - ※ その他の造影剤も体内に残っていた場合、検査に影響がでることがあります。
- イ) 検査前日と当日
 - ・ 運動（ジョギング、農作業、草取り、冬期の雪かき等）をしないようにしてください。激しい運動を行うと、薬剤が筋肉に集まり、診断に影響がでてしまいます。
 - ・ 来院時、「首・肩・背中」を冷やさないように気を付けてください。
冷暖房を完備しておりますが、体温を調整しやすい服装でお越してください。
- ウ) 検査後
 - 投与後4時間は妊婦や乳幼児との接触は避けてください。
 - 投与後12時間は乳幼児との密接な接触（だっこやおんぶなど）は避けてください。
 - 投与後24時間は授乳を行わないでください。

(4) 妊娠中の方（その可能性のある方）は、PET-CT 検査を受けることができません。

3. 連絡事項

(1) 糖尿病の方へ

正確な検査を行うには血糖値が、150mg/dl 未満である必要があります。
最終的には検査前の血糖値測定で検査の実施の可否を判断いたします。
予約時間の6時間前からは、糖尿病の治療薬、インスリン投与はお控えください。

(2) 検査当日の流れ

- ア) 新患窓口で受付後、放射線診断受付②へお越しください。
- イ) 診察後、問診や血糖値測定を行い、検査着に着替えます。
- ウ) 薬剤を注射後、待機室で水(500ml)を摂取しながら1時間待機します。
- エ) 検査は仰向けで約30分かかります。
- オ) 必要に応じて、追加撮影を行う場合があります。
- カ) 検査後に会計窓口にて検査料金をお支払いいただきます。
 - ・痛み止めを服用されている場合はご持参ください。
 - ・オムツをご使用の方は替えをご持参ください。

検査結果は、ご紹介いただきました主治医の先生にご報告いたします。
大崎市民病院での検査結果の説明はございません。

(3) 付き添いを要する場合について

検査の都合上、技師および看護師は患者さんに付き添うことはできません。移動やトイレ、着替えにおいて介助が必要な場合、認知症や難聴などで指示が理解できない場合は、検査開始から終了まで付き添いおよび介助をお願いしております。
なお、妊娠している可能性のある女性または妊婦の方は介助者には選ばないでください。
小学生以下のお子様の付き添いも極力ご遠慮ください。

(4) 検査が中止となる場合について

下記に該当する場合、検査中止となることがあります。

- ア) 絶食を忘れた場合
- イ) 血糖コントロール不良により検査時の血糖値が高すぎる場合
- ウ) 検査前の処置や注意点が守られていない場合
- エ) 予約時刻を過ぎても病院にいない場合

※当院から患者さんへ確認のお電話をさせていただきます。

(5) 予約の変更、キャンセルについて

日程の変更やキャンセルの場合はできるだけ速やかにご連絡ください。

装置の保守点検、検査薬の手配には万全を期しておりますが、装置の故障や検査薬の輸送中のトラブルにより検査を実施出来なくなる場合がありますのでご了承ください。

(6) お問い合わせ

ご不明な点はお気軽にお電話ください。

大崎市民病院 地域医療連携室 **0229-23-9986 (直通)**

(平日 8 時 30 分～17 時 ※土日祝、年末年始を除く)

大崎市民病院 PET-CT検査 予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX番号0229-24-3005

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間： 平日8:30～17:00（土・日・祝祭日・年末年始を除く）

予約日時	月 日 時 分			貴院の名称	
	お電話にて決定した来院日時をご記入ください。			所在地	
紹介診療科	放射線診断科			TEL	
医師名	検査担当医先生			FAX	
患者氏名	(ふりがな)			医師名 科 ④	
	様			市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）	
	(旧姓):			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID) :	
性別	男・女	年齢	歳	電話	自宅
					携帯
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日				
住所	〒 -				

身長	cm	体重	kg
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	同一个月内 ガリウムシンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合検査はできません)
糖尿病情報	糖尿病 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) インスリン (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他糖尿病薬 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
A D L (介助の必要性)	付添いの介助 (<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり (理由などを下記から選択ください。) <input type="checkbox"/> 認知症/認知症の疑い <input type="checkbox"/> 指示に対する理解力 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 自力で更衣不可 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (認知症および理解力が低下している場合は付き添いの方の同伴をお願いいたします。)		
30分程度の 仰向け静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	本人への告知	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無

※保険適用は「悪性腫瘍（早期胃癌を除く）の病期診断及び転移・再発の診断」です。

傷病名	(臨床診断)
紹介目的	(検査目的) <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定
主訴・臨床経過	紹介状を添えてご紹介ください。以下の情報提供もお願いいたします。 (・血液データ ・腫瘍マーカー ・放射線画像 ・病理診断)
既知の感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	

・原本は患者に交付し、予約日に持参するようお願いいたします。