

①診療情報提供書【PET-CT検査用依頼書】

依頼元医療機関控

(FAXは①を使用して下さい)

日本大学病院

NIHON UNIVERSITY HOSPITAL

検査の変更は、前日の昼12時まで
(土休祭日は含む場合には、その前日までに)
PET-CT検査予約受付に御連絡下さい。

検査予約日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

ふりがな	性別	大・昭・平・令・西暦	
受診者氏名	男 女	生年月日	年 月 日 生 歳
住 所	〒	連絡先☎	自宅 勤務先
		携帯電話	

紹介元医療機関名		電話番号	
診療科名	依頼医師名	支払区分	保険診療 自費

臨床診断 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (疑い、早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	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"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他 _____	画像診断検査 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 _____ <small>同月にGa腫瘍シンチグラフィ検査を施行している場合には、保険適応外となります。</small>
---	--	--

病理診断 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> 確定診断は無いが、臨床上高い蓋然性を以て悪性腫瘍と診断される。 結果【確定診断】	腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> AFP _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> CEA _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> CA19-9 _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> CA125 _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> SCC _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> _____ 月 日検査	<input type="checkbox"/> 正常範囲内	治療歴 <input type="checkbox"/> 手術 _____ 年 月 日 術式 _____ <input type="checkbox"/> 放射線治療 _____ 年 月 日最終照射 <input type="checkbox"/> 化学療法 _____ 年 月 日最終投薬 G-CFS製剤の投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 年 月 日最終投薬
--	--	--------------------------------	---

糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 無 <small>「有」の場合には、右欄にチェックを記して下さい</small> <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法	空腹時血糖値(150mg/dl以下)	移動形態 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> その他	<small>当院の検査を受ける場合には、基本的にADLが自立している方を対象としています</small>	コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 通訳等介助有
---	---------------------------	--	---	--

妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	飲水制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 _____	心臓デバイスの種類 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PM, CRT-D等 <input type="checkbox"/> ICD
--	--	---	--	--	---

臨床経過や既往歴など	検査による心臓デバイスへの影響と可能性 <input type="checkbox"/> 医師が説明し、患者は承諾済みである確認 (必須)
-------------------	---

PET-CT検査室受付

TEL (PET-CT検査専用ダイヤル) 03-5577-3541

FAX (医療連携室)

03-3293-1742

検査の性質上、来院の確認と当日のご案内を電話にて 連絡させていただきます。予めご了承下さい。

受付時間 8:30~16:00 (月~金)

②診療情報提供書【PET-CT検査用依頼書】

依頼元医療機関控

(FAXは①を使用して下さい)

日本大学病院
NIHON UNIVERSITY HOSPITAL

検査の変更は、前日の昼12時までに
(土休祭日は含む場合には、その前日までに)
PET-CT検査予約受付に御連絡下さい。

検査予約日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

ふりがな		性別		大・昭・平・令・西暦	
受診者氏名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住所	〒			連絡先 ☎	自宅 勤務先
				携帯電話	

紹介元医療機関名		電話番号	
診療科名		依頼医師名	
		支払区分	保険診療 自費

臨床診断	検査目的	画像診断検査
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (疑い、早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 _____

同月にGa腫瘍シンチグラフィ検査を施行している場合には、保険適応外となります。

病理診断	腫瘍マーカー	治療歴
<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 <input type="checkbox"/> 確定診断は無いが、臨床上高い蓋然性を以て悪性腫瘍と診断される。	<input type="checkbox"/> 正常範囲内 <input type="checkbox"/> AFP _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> CEA _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> CA19-9 _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> CA125 _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> SCC _____ 月 日検査 <input type="checkbox"/> _____ 月 日検査	<input type="checkbox"/> 手術 _____ 年 月 日 術式 _____ <input type="checkbox"/> 放射線治療 _____ 年 月 日最終照射 <input type="checkbox"/> 化学療法 _____ 年 月 日最終投薬 <input type="checkbox"/> G-CFS製剤の投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 年 月 日最終投薬

糖尿病	空腹時血糖値(150mg/dl以下)	移動形態	コミュニケーション
<input type="checkbox"/> 有 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 歩行障害	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 通訳等介助有

当院の検査を受ける場合には、基本的にADLが自立している方を対象としています

妊娠の可能性	体内金属	閉所恐怖症	飲水制限	感染症	心臓デバイスの種類
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PM, CRT-D等 <input type="checkbox"/> ICD

臨床経過や既往歴など	検査による心臓デバイスへの影響と可能性
	<input type="checkbox"/> 医師が説明し、患者は承諾済みである確認 (必須)

PET-CT検査室受付
TEL (PET-CT検査専用ダイヤル) 03-5577-3541
FAX (医療連携室) 03-3293-1742

検査の性質上、来院の確認と当日のご案内を電話にて 連絡させていただきます。予めご了承下さい。
受付時間 8:30~16:00 (月~金)

③PET-CT検査の説明事項【検査予約表】

検査当日持参書類

日本大学病院
NIHON UNIVERSITY HOSPITAL

検査の変更は、前日の昼12時までに
(土休祭日は含む場合には、その前日までに)
PET-CT検査予約受付に御連絡下さい。

検査予約日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

ふりがな		性別		大・昭・平・令・西暦	
受診者氏名		男 女	生年月日	年 月 日 生	歳
住 所	〒			連絡先 ☎	自宅 勤務先
				携帯電話	

PET-CT検査を受けるにあたり以下の『説明事項』『注意事項』をお読みになり、『同意書』にご署名の上検査当日には当院まで持参して下さい。(お持ち頂く書類は②～④の番号が付いた書類です)

PET-CT検査に関する説明事項

【PET-CT検査のしくみ】

PET (ペット) はがん細胞が正常組織よりも多くのブドウ糖を取り込む性質を利用し、放射能を持つブドウ糖の類似物であるFDG (フルオロデオキシグルコース) という薬品を注射し、体の中に取り込まれたFDGが分布している場所をカメラで撮像する検査です。PET-CT検査では同時にCTも撮影し、2種類の画像を併せて機能や形態をより正確に診断する事が可能です。

当院では検査薬品のFDG製剤を専門業者へ発注し、当日のデリバリーにて供給しています。

【検査に使う薬品の安全性と危険性】

現在までに薬による重篤な副作用 (死亡、ショック) の報告はありません。

PET-CT検査における放射線被ばくは胃の透視検査1～2回分と同程度です。

薬に含まれる放射線の量も2時間ごとに半減し、尿と共に体外に排泄されます。

妊娠されている方又は妊娠の可能性のある方は検査出来ません。授乳中の方は検査後最低24時間以内の授乳を控えて下さい。検査後、乳幼児や妊婦との接触はなるべく避け、人が密集する場所へも出来るだけ近づかないようにして下さい。

【PET-CT検査の限界】

PET-CT検査は腫瘍の診断として有用ですが良性腫瘍にも集積しますので、検査で見つかった腫瘍すべてが悪性というわけではなく、良性か悪性かの診断が困難な場合があります。

また1cm未満の小さな腫瘍は小さくなるほど検出は困難になります。

1cm以上の腫瘍でも、糖代謝が低い場合には検出されにくい場合があります。

体内にある金属 (ペースメーカーや人工関節) の影響で、病変周囲の画像が見え難くなる場合があります。

糖尿病などにより普段から血糖値が高い場合、病変が検出しにくい場合があります。

(糖尿病の方は検査予約をされる前に、主治医へお申し出ください)

上記の理由によりPET-CT以外の検査との併用が望ましい場合もあり、必ずしもこの検査で全ての悪性腫瘍の検出が出来るというわけではないことを御理解下さい。

【PET-CT装置などのトラブル】

装置等の故障により検査開始時間が遅れる場合や、何らかの事情によりFDG製剤が時間通りに届かない場合、予定の検査が行えないことがありますので、その際にはどうぞ御了承下さい。

【PET-CT検査に要する時間】

受付から検査終了後、退室までの時間はおよそ3時間から3時間半を見込んで来院して下さい。

PET-CT検査室受付

TEL (PET-CT検査専用ダイヤル)

03-5577-3541

FAX (医療連携室)

03-3293-1742

検査の性質上、来院の確認と当日のご案内を電話にて
連絡させていただきます。予めご了承下さい。

受付時間 (日・祝祭日は休診です)

8:30～16:00 (月～金)

④PET-CT検査の注意事項および同意書

検査当日持参書類

日本大学病院
NIHON UNIVERSITY HOSPITAL

PET-CT検査室受付（地下1階）
TEL（PET-CT検査専用ダイヤル）

検査予約日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

03-5577-3541

受付時間

8:30~16:00（月~金）

（日・祝祭日は休診です）

PET-CT検査に関する注意事項

【PET-CT検査の予約時間について】

○予約時間の30分前までには、地下1階PET-CT検査室受付で受付を済ませて下さい。

検査当日には事前の説明や準備があります。スケジュールの都合上、受付から検査開始までは1時間ほどお待ち頂くこととなりますので御了承下さい。

○検査に使用するFDGという薬は、予約時間に合わせて納入された御本人様専用のお薬です。

予約時間に遅れた場合には薬の効果が弱くなり、十分な検査を行えなくなる場合があります。

予約の変更が必要な場合には検査前日の昼12時（月曜日検査予約では金曜日昼12時）までに、上記連絡先へお電話頂くようお願いいたします。 **検査当日のキャンセルは出来ません。**

【検査前の注意について】

○検査予約時間の5時間前から食事は厳禁です。

糖分を含むジュースや牛乳などの飲料、アルコール類も禁止です。「カロリーゼロ」「ノンカロリー」と表記されている飲料でも、実際にはカロリーを含む場合があるため禁止です。

水、お茶（緑茶・ウーロン茶・麦茶）をお飲みになって下さい。当日にお水のペットボトルをお渡します。ガムや飴もシュガーレスのものであっても禁止です。喫煙も極力お控えになって下さい。

○糖尿病の薬（血糖降下剤）は絶食時間中に服用しないで下さい。それ以外のお薬であれば通常通り服用して構いません。不明であればおかかりの主治医にお問い合わせ下さい。

インシュリン注射は検査の5時間前までに終了して下さい。血糖値が高い場合には正確な診断が出来ない場合もありますので、絶食が困難な方やインシュリン使用中の方はこの検査を依頼された主治医にご相談下さい。

【検査前の体調管理について】

○検査前日および当日の運動は出来る限りお控え下さい（のどの安静も含みます）。

安静状態を保つことで検査画像が良くなり、診断の際に病変部位が見つけ易くなります。

【検査後の注意について】

○検査終了後、係員の指示があるまで核医学検査室から無断で退出されないようお願いいたします。

検査終了直後には体内からまだ放射線が出ていますので、周りの方々への放射線の影響を考慮した時間になるまでは検査室にて待機して頂きます。また場合によって、追加の撮像を行うことがあります。

○PET-CT検査当日には他の検査を行わないようにして下さい。微量の放射線が体から出ています。

○検査薬投与後から水分を多く摂り、余分な検査薬の排泄を促すよう心掛けて下さい。

【その他の説明や注意】

○ペースメーカーおよび植込み型除細動器（ICD）を移植された方

X線CT検査に際し、本体にX線束が連続的に照射されるとオーバーセンシングが起これうる可能性があります。検査を受ける際には医師の説明を受け、ご承諾いただくことが必要です。

○胃や腸の検査のバリウムが体内に残っていると、PET-CT検査の画像に支障を来たす事もあります。

PET-CT検査の1週間前にはバリウムを使った検査を行わないように気を付けて下さい。

PET-CT検査に関する同意書

私はPET-CT検査の必要性と検査内容、その安全性と危険性や検査の限界の説明を医師より受け、検査前注意事項に関しても理解をしましたのでこの診療行為に同意いたします。

	署名年月日	年	月	日
説明医師(署名)	Ⓜ	【 介助者にも被ばくの可能性があることを、医師から説明されていることが必要です。】		
患者氏名(署名)	Ⓜ			
代筆者・代諾者、介助者(署名)	Ⓜ	本人との続柄()		

【検査当日にご持参いただくもの】

- 『②診療情報提供書【PET-CT検査用依頼書】』
- 『③PET-CT検査の説明事項【予約表】』
- 『④PET-CT検査の注意事項および同意書』
- 健康保険証並びに各種医療受給者証、医療券
- 当院の診察カード（お持ちの方）

(日本大学病院宛)

【検査の費用について】

○検査に使用するFDG薬剤は高価で、ご本人様用に当日のみ使用可能な薬です。

諸費用を含めると、**3割負担で約3万円程度**のお支払額となります。

保険適応のない場合には、自費になる場合があります。

今回のPET-検査が保険適応であるか否かは、検査を依頼された主治医に確認して下さい。

検査のお問い合わせ ☎ (PET-CT検査専用ダイヤル)

PET-CT検査室受付 (地下1階)

03-5577-3541

受付時間 (日・祝祭日は休診です)

8:30~16:00 (月~金)

日本大学病院

NIHON UNIVERSITY HOSPITAL

当院までの交通案内

電車でご来院される場合



JRを利用

- JR御茶ノ水駅

御茶ノ水橋出口より徒歩3分



地下鉄「東京メトロ」を利用

- 丸ノ内線 御茶ノ水駅より徒歩5分
- 千代田線 新御茶ノ水駅より徒歩3分
- 半蔵門線 神保町駅より徒歩5分



地下鉄「都営線」を利用

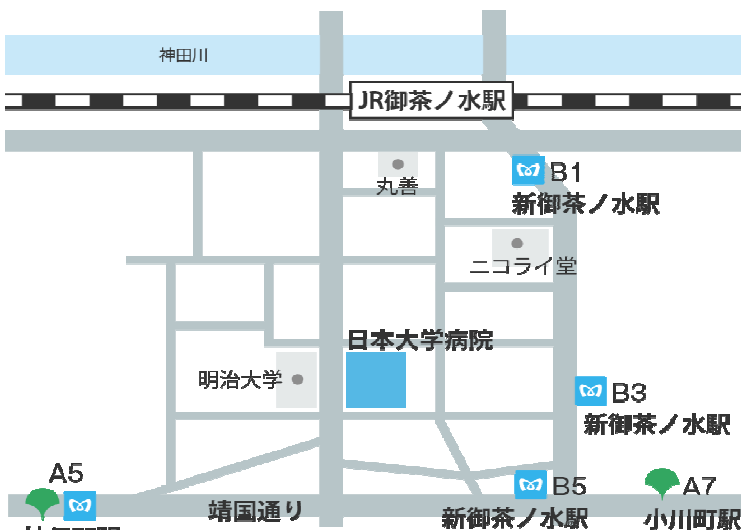
- 新宿線 小川町駅より徒歩5分
- 三田線・新宿線 神保町駅より徒歩5分

車でご来院される場合

隣接するカザルスホール地下駐車場、その他の駐車場をご利用下さい。

※隣接する日本大学お茶の水校舎の駐車場

(NBパーキング/172台収容)と直結しています。



〒101-8309 東京都千代田区神田駿河台1-6

日本大学病院 ☎ 03-3293-1711(代)

PET-CT検査を受ける方へ 当日のご案内

検査を受ける方用

受付	地下1階 放射線受付です	<ul style="list-style-type: none">・予約時間の30分前までにお越しください。・お待ちの間に「問診表」をご記入下さい。
更衣	お一人専用の 部屋があります	<ul style="list-style-type: none">・手荷物、貴重品は備付けのロッカーに入れ、検査衣に着替えて下さい。・ロッカーは施錠して、必ずカギを御自身でお持ち下さい。
問診	本日の検査の スケジュールを 説明します	<ul style="list-style-type: none">・看護師が問診表の確認をし、本日の検査の流れをご案内します。
測定	PET処置室にて 検査前の準備を させていただきます	<ul style="list-style-type: none">・血糖値を測定します。・静脈に薬を入れるための点滴の針を留置します。
注射	薬を注射します	<ul style="list-style-type: none">・放射性医薬品を投与します。
安静	着替えた部屋に 戻ります	<ul style="list-style-type: none">・薬が体内に充分取り込まれるまで、安静にしてお待ち下さい。・お水（500ml）のペットボトルをお渡ししますので、安静時間中に出来るだけ多くお飲みになって下さい。 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">約60分</div>
排尿	検査前に トイレに行って 頂きます	<ul style="list-style-type: none">・排尿はいつでも結構ですので、奥のトイレをご使用下さい。 (飛散防止の為、男性の方でも便座にお座りになって排尿して下さい。)
撮像	PET-CT室に 入って検査です	<ul style="list-style-type: none">・時間になりましたらスタッフがインターホンでお呼びしますので、ドアが開いているPET-CT検査室へお入り下さい。 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">約20分</div>
待機	安静の部屋に 戻り待機します	<ul style="list-style-type: none">・検査終了後、部屋に戻ってお着替え頂いた後、スタッフがインターホンで連絡するまでそのままお待ち下さい。・追加の検査が必要になる場合もあります。 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">約40分</div>
退室	お疲れ様でした 検査は終了です	検査開始から終了までの所要時間は、 約3時間～3時間30分 です。

日本大学病院

 NIHON UNIVERSITY HOSPITAL