

山形大学医学部附属病院 FDG-PET/CT 検査予約票

年 月 日

検査予約日時	年	月	日(午前・午後)	時	分
--------	---	---	----------	---	---

貴医療機関名 所在地 TEL () 内線・PHS()	診療科	担当医師氏名
------------------------------------	-----	--------

ふりがな		生年月日
患者氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日

検査を受ける方へのお願いと注意事項

- 予約時間の **30分前までに直接山形大学医学部附属病院 PET センター**にお越しください。
- この**予約票と保険証、当院の診察券(お持ちの方)、限度額適用認定証等(お持ちの方)**を忘れずにご持参ください。
- 検査前には**食事と糖尿病薬を制限**していただきます。その他の薬は指示がない限り普段通り服用してください。
- 検査前 **5時間以上(心サルコイドーシス FDG は 18時間以上)絶食**です(水のみ摂取可)。**絶食中は糖尿病薬は使用しないでください。**
- **心サルコイドーシス FDG 検査の場合**、検査予約時間によっては**前日夕食から絶食**となる場合があります。

	前日 夕食	当日 朝食	当日 昼食
午前検査の方	○通常	×絶食(水のみ可) 糖尿病薬を使用されている方は 使用しないでください。	検査終了後
午後検査の方	○通常	○通常(検査前 5 時間以上絶食 予約時間に注意して下さい) ×絶食(心サルコイドーシス FDG)	×絶食(水のみ可) 糖尿病薬を使用されている方は 使用しないでください。

- 検査前日と当日は、体に負担になる**激しい運動や作業**は控えてください。
- **妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査ができません**ので、主治医にご相談ください。
- 都合により**検査当日キャンセル**される場合は、PET センター(月～金 8:30～17:00 TEL:023-628-5586)まで**直接ご連絡**ください。それ以前のキャンセルの場合は**依頼元の担当医師**にご相談ください。
- **検査料金**は約 10 万円で、**保険適用 3 割負担**の方で 3 万円(1 割負担の方は 1 万円)程度となります。
- **会計は、自動精算機**でお願いします(クレジットカードも可)。
- 検査当日、体重を計測しますが計測できないと正確な検査が行えません。**体重計に立って計測することが困難な方は、事前に計測**をお願いします。

FDG-PET/CT 検査とは

がん細胞は、正常細胞よりたくさんのブドウ糖を取り込む性質があります。そこで、ブドウ糖によく似た性質をもつ物質に放射性物質をくっつけた FDG という薬を注射すると、FDG をがん細胞がブドウ糖と勘違いしてたくさん取り込みます。すると、がん細胞からたくさん放射線が出ることになります。その放射線を PET 装置で検出することにより、がんの有無や位置を特定します。このとき CT を同時に撮影し、PET と重ね合わせてみることでがんの位置がよりわかりやすくなります。FDG はブドウ糖を多く使うところに集まりますので、がん以外の正常部分(脳、腸、肝臓、心臓など)や炎症部分に集まることもあります。

診療情報提供書 (FDG-PET/CT 検査依頼書)

山形大学医学部附属病院 PET センター 担当医 殿

年 月 日

検査予約日時	年	月	日 (午前・午後)	時	分
--------	---	---	-----------	---	---

貴医療機関名 所在地 TEL () 内線・PHS ()	診療科	担当医師氏名
-------------------------------------	-----	--------

ふりがな		生年月日
患者氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所	〒(-) TEL () 携帯 ()	
臨床診断		
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他()	
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他() ※可能なら持参させてください	
腫瘍マーカー値	<input type="checkbox"/> CEA() <input type="checkbox"/> SCC() <input type="checkbox"/> CA19-9() <input type="checkbox"/> IL-2R() <input type="checkbox"/> その他()	
病理診断		
臨床経過等	PET 検査歴 無・有 (年 月)	
手術歴	無・有 年 部位()	
化学療法	無・有 年	
放射線治療	無・有 年 部位()	

糖尿病	無・不明・有 → 使用薬剤名() ※絶食中は服用させないでください
感染症	無・有() 歩行 可・車椅子・ストレッチャー
妊娠・授乳	無・有 ペースメーカー・ICD 無・有()
閉所恐怖症	無・有・不明 30分間の静止(仰向け) 可・不可
同一月ガリウムシンチ 無・有 → ※有の場合は検査できませんのでご注意ください	

検査が保険適用外となった場合 (自費で行う・予約キャンセル)

その他留意事項

山形大学医学部附属病院 PET センター案内図

