

湘南厚木病院

放射線科 御担当医 先生

ID: _____

診療情報提供書 (PET検査依頼書)

検査予約日時: 年 ____ 月 ____ 日
午前 ____ 時 ____ 分

紹介元医療機関

所在地 〒

電話番号/FAX

診療科

医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿		
住所			TEL:

※受診者に関する身体状態について確認事項

手術歴	① <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日	術式:
	② <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日	術式:
化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日	
放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※糖尿病薬剤について: 検査当日の服用(投与)は避けて下さい。		
	血糖値:	検査当日血糖値が230以上の場合の検査実施の有無:	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 中止
	インスリンポンプまたは持続グルコース測定器の使用の有無:		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
※「有」の場合: 検査時に器具の取り外しや、付け替え用器具の持参が必要な場合があります。			
体温	検査当日発熱により体温が38.0℃以上の場合の検査実施の有無: <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 中止		
植込式除細動器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※「有」の場合: 除細動器を避けて撮影するため、一部が欠損した画像となります。	
自立歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	HBsAg	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中

臨床診断	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 () <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 尿路系腫瘍 <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"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 他 () <small>※保険適用外の依頼につきましては“自費”と記載してください。</small>									
画像検査 (要画像持参)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 () <small>施行日: 施行日: 施行日: 施行日: 施行日:</small>									

病理検査	<small>施行日:</small>										
腫瘍マーカー	名称	名称	結果	名称	結果	名称	結果	名称	結果	名称	結果
	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日	施行日

撮影希望範囲	
--------	--

臨床経過等	
-------	--

診療情報提供書 (PET検査依頼書)

検査予約日時： _____年____月____日 午前____時____分

湘南厚木病院

紹介元医療機関
所在地〒
電話番号/FAX
診療科
医師名

放射線科 御担当医 _____ 先生

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		殿	
住所			

● 検査予約時間の1時間前には「湘南厚木病院 入院棟1階の受付」へおこしください。

● 検査当日お持ち頂くもの

- ①紹介状 (診療情報提供書 (PET検査依頼書))
- ②保険証・各種医療受給者証
- ③湘南厚木病院診察カード (お持ちの場合のみ)



◆電車でお越しの場合

新宿より小田急小田原線にて本厚木駅まで約50分。
本厚木駅より徒歩約15分。(タクシー利用約10分)

◆お車でお越しの場合

厚木インターで降りて、国道129号線を北上。
厚木市文化会館前を左折し、一つ目の信号を左折。
300m先左手のローソンを過ぎてすぐを左折。

◆路線バスでお越しの場合

- ①本厚木駅南口14番乗り場 (東京農業大学行)
赤羽根入口下車 (徒歩1分)
- ②本厚木駅バスセンター9番乗り場 (森の里方面行)
赤羽根入口下車 (徒歩1分)

◆シャトルバスでお越しの場合

本厚木駅南口・愛甲石田駅より随時運行しています。

◆検査料金

料金の目安は、1割負担の方で10,000円
3割負担の方で30,000円ほどです。

PET検査とは、ブドウ糖と放射性物質を組み合わせたお薬 (FDG) を投与し、安静状態にして撮影する検査です。
ほとんどのがんに対して有効ですが、部位によっては他の検査が有効な場合があります。

※ 来院できなくなった場合には、下記までご連絡ください。

湘南厚木病院

病診連携室

電話 046-223-3636

FAX 046-223-3630

PET検査をお受けになる方へ

ID: _____

*PET検査とは

がん細胞は、正常細胞に比べ、とても多くのブドウ糖を細胞内に取り込んで消費します。この性質を利用し、ブドウ糖が他の臓器より多く集まっている場所をつきとめて「がん」を発見するのが「PET検査」です。ブドウ糖に放射性同位元素をくっつけたお薬「FDG」を静脈注射して、お薬が体内に行き渡るまで60分間安静にした後20～30分間程度の撮影を行います。撮影後30分程度休んでいただき、その後必要に応じて2回目に撮影を5～20分程度行います。2回目の撮影がない場合は、検査終了となります。検査全体で3時間程度かかります。

PET検査はほとんどのがんの診断に有効ですが、腎臓、膀胱などのお薬「FDG」の排泄経路では診断が難しい場合や、肝臓、胃、前立腺などは、超音波検査や内視鏡検査などの方が有効な場合があります。また、大きさが小さくブドウ糖の代謝が少ない「がん」については発見できないこともあります。

PET検査での異常像すべてが「がん」というわけでもありませんし、例えば検査前に運動した場合、筋肉におけるブドウ糖の代謝が増加しお薬が過剰に集まってしまいます。

*副作用について

- PET検査で使用されるお薬による副作用は特に報告されていません。
- PET検査を行うことで受ける放射線の量は、胃のバリウム検査1回分の量とほぼ同じといわれています。
- PET検査で使用するお薬は、尿と一緒に排泄されますのでご安心ください。

*検査前の注意点

- 検査開始時間の6時間前からはお食事及び糖尿病薬はとらないようにしてください。
- お水、お茶はかまいませんが、ジュースなどの糖分を含んだ飲み物や点滴は控えて下さい。
- 検査当日は、診断の妨げになる可能性がありますので、激しい運動は控え、出来るだけ安静にして来院下さい。

- 検査当日、湘南厚木病院に来院されましたら、入院棟受付窓口にて受付を行ってください。ご案内いたします。
- 当日の服薬に関しましては主治医とご相談ください。
- 重度の糖尿病、人工透析中の方は、主治医又は湘南厚木病院までご相談ください。
- 検査前日、歯の治療、針治療、マッサージ、予防接種などは、検査の妨げになりますのでお控えください。
- 検査着に着替えていただきますので、着換えやすい服装でお越しください。
- 検査中は、担当スタッフの指示に従ってください。
- 妊娠の可能性のある方、妊婦の方、授乳中の方は、必ず事前にご相談ください。
- やむを得ぬ理由で来院できない場合は、早めに湘南厚木病院までご連絡ください。

*検査後の注意点

- PET検査で使用されるお薬は、尿と一緒に排泄されますので水分を多く摂り排尿を促してください。
- 検査を受けられる方で授乳されている方は、検査当日の授乳はお控え下さい。
- 検査当日中は、妊婦や乳幼児から距離をとるよう心がけてください。
- 検査後の食事は、通常通りに摂っていただいて問題ありません。

PET検査に関する同意書（医療機関保管用）

ID: _____

私は、「PET検査を受けられる方へ」を読み、PET検査について理解いたしました。
また不明な点は、医師に説明を受けましたので、今回のPET検査を受けることに同意いたします。
また、下記の点について理解したことを確認いたします。

- 放射性同位元素を含む薬剤を注射すること。
- PET検査ではすべてのがんを発見できるわけではないこと。
- PET検査では、異常像が必ずしもがんではないこと。
- 結果については、論文や学会等で発表することがあるが、氏名などの個人的な情報は一切公表しないこと。

ただし、今後状況の変化に伴って説明を求めたり、この同意を取り消すことがあります。

年 月 日

湘南厚木病院 院長 殿

本人氏名： _____

親族または代理人氏名： _____

患者との続柄： _____

主治医は、上記患者様へ検査が適切であると判断します。

紹介元医療機関名： _____

主治医氏名： _____ 印

湘南厚木病院
検査当日確認医氏名： _____

PET検査に関する同意書（患者様控え）

ID: _____

私は、「PET検査を受けられる方へ」を読み、PET検査について理解いたしました。
また不明な点は、医師に説明を受けましたので、今回のPET検査を受けることに同意いたします。
また、下記の点について理解したことを確認いたします。

- 放射性同位元素を含む薬剤を注射すること。
- PET検査ではすべてのがんを発見できるわけではないこと。
- PET検査では、異常像が必ずしもがんではないこと。
- 結果については、論文や学会等で発表することがあるが、氏名などの個人的な情報は一切公表しないこと。

ただし、今後状況の変化に伴って説明を求めたり、この同意を取り消すことがあります。

年 月 日

湘南厚木病院 院長 殿

本人氏名： _____

親族または代理人氏名： _____

患者との続柄： _____

主治医は、上記患者様へ検査が適切であると判断します。

紹介元医療機関名： _____

主治医氏名： _____ 印

湘南厚木病院
検査当日確認医氏名： _____

全身PET-CT(頭頂一鼠径) 検査問診表-1

ID : _____ 名 前 : _____ 様

生 年 月 日 : _____ 年 齢 : _____ 歳

病院スタッフ記載欄(記載不要)

検 査 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長: _____ cm 体重: _____ kg 血糖値: _____ mg/dL

PET検査を受けて頂く上で診断上次の問診にご協力下さい。

利き腕を選択し、下記の質問にお答え下さい。

1. 「血糖値が高い」又は「糖尿病」と言われたことがありますか？

右利き ・ 左利き

*「はい」とお答えの方は、現在治療をなさっていますか？

はい ・ いいえ

*「はい」とお答えの方は、どのような治療方法ですか？

はい ・ いいえ

食事療法 ・ 内服療法 ・ インスリン投与

2. インスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用していますか？

はい ・ いいえ

3. 植え込み型除細動器を使用していますか？

はい ・ いいえ

4. たばこは、吸われますか？

はい ・ いいえ

*「はい」とお答えの方のみお答え下さい。

1日 本 年間

5. お酒は、お飲みになりますか？

はい ・ いいえ

*「はい」とお答えの方のみお答え下さい。

毎日 ・ 時々

6. 今までにPET検査を受けられたことがありますか？

はい ・ いいえ

*「はい」とお答えの方のみお答え下さい。どちらの施設で受けられましたか？

_____ 年 月頃 施設名 : _____

7. 女性の方にお伺いいたします。現在、生理はありますか？

ある ・ 閉経した

*「ある」とお答えの方のみお答え下さい。 *最終月経はいつですか？

_____ 月 日 ~ _____ 月 日

*現在、妊娠又は妊娠の可能性はありますか？

ある ・ ない

*現在、授乳されていますか？

はい ・ いいえ

8. 今まで病気で入院又は手術されたことはありますか？

ある ・ ない

*「ある」とお答えの方のみお答え下さい。

病 名	かかった時期	どのような治療をしましたか？
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在治療中 ・ 歳頃 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在治療中 ・ 歳頃 	

