

FAX番号 0120-631-715

記入日 : 令和 年 月 日

FDG PET-CT検査専用依頼書 No.1(3枚あります)

※予約締切は検査予定日2診療日前(ただし土日祝などの休診日を除く)となります

検査第1希望日	令和 年 月 日 () 頃
検査第2希望日	令和 年 月 日 () 頃
その他 希望	()
※予約状況により、必ずしもご希望に添えない場合があります。	

◆紹介元医療機関

所在地 名称	〒		
電話番号		FAX番号	
診療科	科	主治医名	

◆ご紹介患者様 中央病院患者ID - -

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
現住所	〒 TEL		

検査前、当院検査室から患者様に確認の電話連絡をする場合があります。連絡のとれる電話番号を記入してください。

入院の有無 ☐ 無 ☐ 有 DPC対象病院入院中の場合、検査費用について事前に病院会計担当者間での協議が必要となります。

<input checked="" type="checkbox"/> 徳島県カルテ情報地域共有システムの参加	<input type="checkbox"/> 患者様の同意有	貴院の患者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------------------	---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

◆保険情報 ☆保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

公費負担者番号	<input type="text"/>	負担割合	保険者番号	<input type="text"/>
公費負担医療の 受給者番号	<input type="text"/>	割	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	<input type="text"/>
公費負担者番号	<input type="text"/>	資格取得	年 月 日 有効期限	年 月 日
公費負担医療の 受給者番号	<input type="text"/>	被保険者との続柄(本人・家族) 継続の(有・無)		
		被保険者名 被保険者からの患者の続柄		

☆FAXは、月～金 午前9時00分～午後4時00分 (祝日・12月29日～1月3日の間を除く)までに送信してください。

診療情報提供書(FDG PET-CT検査専用) No.2

紹介元医療機関の
所在地及び名称
診療科及び主治医名 印

患者氏名			生年 月 日	大・昭・平・令		年	月	日
病 名								
検 査 目 的	良悪性鑑別 ・ 転移診断 ・ 再発診断 ・ その他()							
症状、経過等を詳細にご記入下さい。 ★[悪性腫瘍の「疑い」ではPET適用外です。通常の撮像範囲は頭頂～大腿基部になります。]								
* 正確な診断のために、貴院で施行した血液検査・画像検査(CT等)のデータを持参してください。								
患者情報		値	検査日	3ヶ月以内に 実施した画像検査		<input type="checkbox"/> CT		
	CEA					<input type="checkbox"/> MRI		
	CA19-9					<input type="checkbox"/> US		
	CA125			病理診断		その他		
	SCC					<input type="checkbox"/> 施行済		
	sIL-2R					結果： <input type="checkbox"/> 未施行		
治 療 歴	手術歴	部 位	年 月		(術式)			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部 位	年 月		(術式)			
	化学療法	年 月		放射線治療		年 月		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	終了		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		終了		
確認事項	自立歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・歩行器・杖) * ストレッチャーは検査できません。						
	1時間の個室待機	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 * 自立歩行不可、1時間の個室待機不可の方は介助者(約3時間)を要します。						
	介 助 者	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 → 介助者の同行承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 被ばくリスク説明後に同意を得てください。						
	* 介護者(家族が望ましい、ただし妊婦や未成年は不可)を要するが不在の場合は検査できません。							
	仰臥位での30分安静	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 * 安静不可の場合は検査できません。						
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 鎮静剤は使用できません。						
	糖 尿 病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療薬：内服薬・注射(インスリンなど) * 検査日は原則止めてください。						
	フォシーガ・ジャディアンス・カナグルの内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 検査日は原則止めてください。							
	持続血糖測定器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 検査時には外していただきます(リブレなど)						
	透 析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 透析日以外でご依頼ください。 水負荷(500ml) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	糖の入った輸液	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 糖の入った輸液は検査6時間前までに止めてください。						
	体 重	kg		空腹時血糖 mg/dl				
	感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 妊 娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 授乳中						
	ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ペースメーカー・ICD) * 手帳のコピーをFAXしてください。 * 当日は手帳をご持参ください。							
【以下使用しているものにチェック】					【その他留意点】			
<input type="checkbox"/> 酸素() <input type="checkbox"/> インスリンポンプ								
<input type="checkbox"/> おむつ・尿取りパッド <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 腎瘻								

地域連携 FDG PET-CT検査説明書 兼 検査同意書 No.3

FDG PET-CT検査説明書

- ◆ FDGによるPET-CT検査は、院外で製造された放射性薬剤(FDG)を静脈注射し、約1時間安静にした後に約30分でほぼ全身を撮像します。
- ◆ 検査は全体で約2時間半～3時間程度かかり、この間介助なく一人で過ごせ、移動できる方を対象とします。日常生活において介助を必要とされる患者さんは、検査の間、家族の方などの介助者を要します(検査終了まで約3時間、ただし妊婦や未成年は不可)。介助者が不在の場合は検査をお断りすることがあります。なお、重症患者さん(ストレッチャーなど)の検査はできません。
- ◆ 検査に用いられる放射性薬剤は、2025年度の日本アイソトープ協会の調査では、約8万人に1人の割合で何らかの副作用が発生したと報告されています。万が一副作用が発生した場合、担当医などが速やかかつ適切に対処します。
- ◆ FDGは放射線を出しますが、その被ばくは胃透視1回程度であり、健康への問題はありません。同時に撮像するCTによる被ばく量は、検査の内容に応じて必要最低限の量に最適化します。被ばく量は低くても、妊産婦の方の検査はご遠慮いただいております。
- ◆ PET-CT検査は保険適応となる疾患が限定されていますのでご確認ください。2025年現在、3割負担の方で約3万円の自己負担となります。検診や自由診療については当院では行っておりません。
- ◆ PET-CT検査でも、病巣の種類(多くの早期がん、糖代謝の低いがん、検査薬の集積がもともと強い臓器に発生したがん、など)やサイズ(おおむね1cm未満)によっては発見できない場合があります。また他の追加の検査が必要となる場合があります。
- ◆ 前日から当日の運動制限や食事制限など、注意事項が多数ありますので厳守してください。守られていないと検査が不能となる、あるいは正しく診断できない場合があります。
- ◆ 検査の予約変更およびキャンセルは検査前日の15時まで(土日祝などの休診日を除く)にご連絡ください。なお体調不良や天候などやむを得ない場合以外の自己都合による検査中止(当日の無断キャンセルや遅刻、食事や糖尿病薬の制限が守られていない等)の場合は、薬剤費用(約50,000円)を請求させていただきます。
- ◆ 徳島県立中央病院PET-CT検査部門では、ビデオカメラを用いて検査の進行状況把握や患者さんの案内を行っています。ビデオ映像を診療以外の目的に使用することはありません。
- ◆ 検査結果を医学学会や医学雑誌に発表させていただく場合があります。但し、氏名などのプライバシーに関する個人情報は一切発表しません。
- ◆ 機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情等によりFDG製剤が届かない場合は、検査が行えない場合があります。ご了承ください。

FDG PET-CT検査同意書

私は、FDG PET-CT検査の有効性および限界、これに伴う危険性、検査前注意事項、料金などについて主治医(検査依頼医)より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。

また検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。

※上記検査の同意に関するお考えが変わったときは、いつでも取り消すことができます。

また自己都合による検査中止の場合には薬剤費用(約50,000円)を支払うことにも同意します。

年 月 日

患者本人 署名:

代理人 署名:(続柄)

説明医師(依頼医師)署名: