

FAX番号 0120-631-715

記入日 : 令和 年 月 日

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**(ただし土日祝日は含まない)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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)
現住所	〒 TEL		

検査前日の午後、当院検査室から患者さんに日程確認の電話連絡を致します。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 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"/>
--	----------------------------------	---------	----------------------

◆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(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	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)	
病名								
検査目的	良悪性鑑別 ・ 転移診断 ・ 再発診断 ・ その他()							
症状、経過等をご記入下さい。 ★[悪性腫瘍の「疑い」ではPET適用外になります]								
* 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 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US その他			
	CEA				病理診断	<input type="checkbox"/> 施行済 結果： <input type="checkbox"/> 未施行		
	CA19-9							
	CA125							
	AFP							
	SCC							
	sIL-2R							
治療歴	手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位	年	月	(術式)			
		部位	年	月	(術式)			
	化学療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年	月	放射線治療	年	月	終了	
		終了		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			終了	

確認事項	移動	<input type="checkbox"/> 独歩可能 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 * 独歩困難な方は付き添いを要します。					
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (経口血糖降下薬・インスリン・治療なし・その他)					
	空腹時血糖	mg/dl	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	糖の入った輸液	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 糖分の入った輸液は検査の6時間前までに止めてください。					
	腎機能異常(検査前に飲水あり)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (500mlの水負荷 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)					
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 授乳中	体重	kg
	感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> HIV その他()					
	仰臥位で30分静止できますか?	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
	1時間、一人個室で待機できますか?	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 * 不可の場合は付き添いを要します。					
	【その他留意点】						

地域連携PET-CT検査説明書 兼 検査同意書 No.3

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医薬品(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、検査の間どなたかの付き添いをお願いします。付き添いできない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線医薬品は、2007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、その被曝は胃透視1回程度(約4mSv)です。当院ではCTも同時に撮影しますので、PET検査にCT検査の被曝(約4mSv)も加わります。被曝量は低くても、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。2012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。
- ◆ 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。ただし、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。

PET-CT検査同意書

私は、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。

※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。

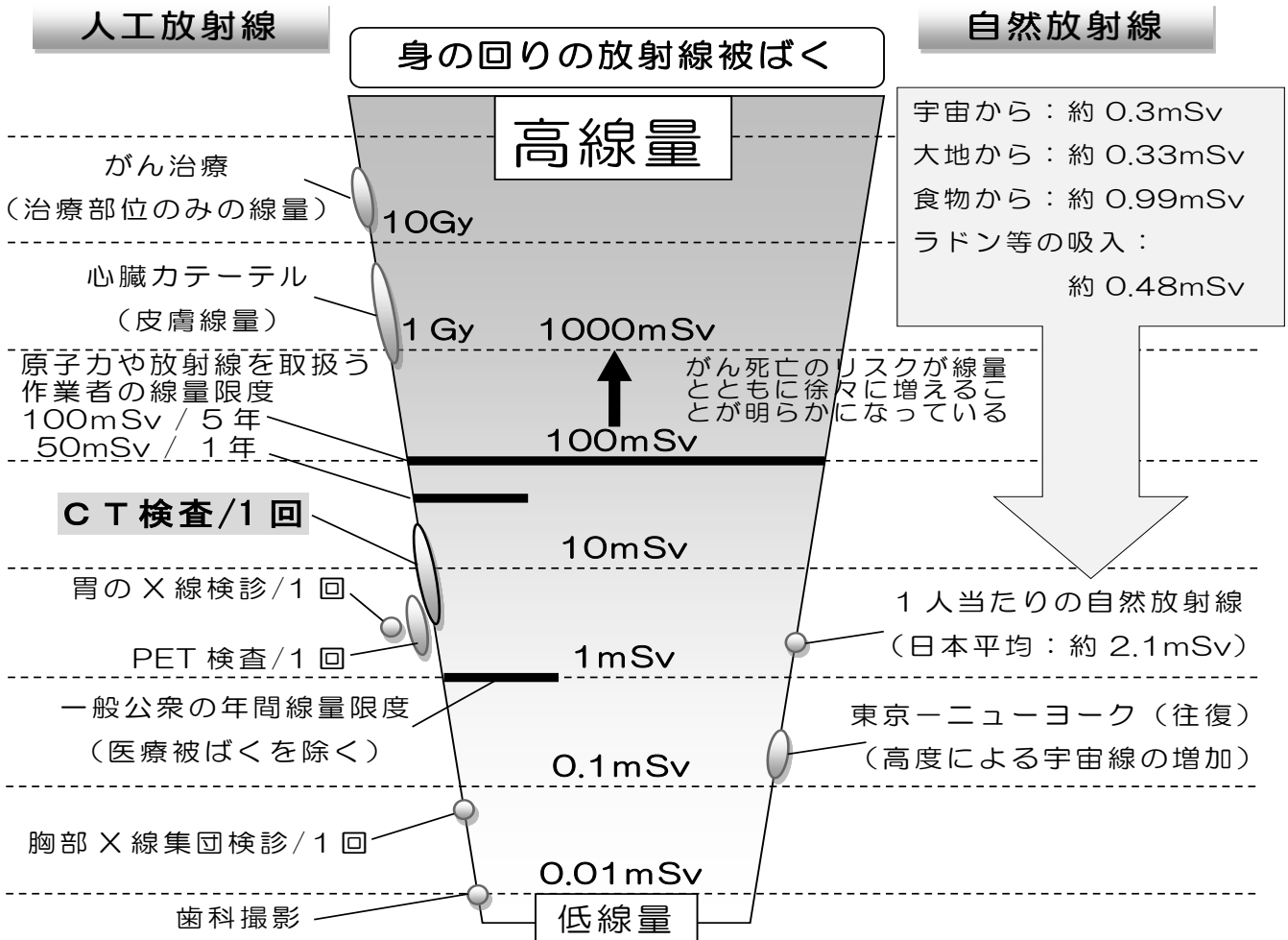
年 月 日

患者本人 署名:

代理人 署名:(続柄)

説明医師(依頼医師)署名:

身の回りの放射線被ばくの早見図



※図の数値等は放射線医学研究所ホームページを参照しました

主要なCT検査における被ばく

※下記のCT検査は、医療被ばく研究情報ネットワーク (J-RIME) が提案する診断参考レベル (DRLs 2015) が無いため、当院の検査における被ばく線量のみを提示しています。

	当院				当院		
	[実効線量換算]				[実効線量換算]		
頸椎	2.1mSv	CTDIvol	13	肺梗塞* (下肢静脈含む)	12.6mSv	CTDIvol	20
		DLP	354			DLP	1300
胸椎	6.0mSv	CTDIvol	11	下肢動脈*	13.2mSv	CTDIvol	16
		DLP	427			DLP	1978
腰椎	9.6mSv	CTDIvol	19	肺動静脈	22.0mSv	CTDIvol	37
		DLP	642			DLP	1561
頭部 CTA	2.5mSv	CTDIvol	56				
		DLP	1208				

*肺梗塞(下肢静脈)および下肢動脈の実効線量換算はRadiology: Volume273: Number1 p157を参照しました

CT検査の被ばく線量の指標としてCTDIvolおよびDLPが用いられています。CTDIvolは、CT撮影で受ける1cm当たりの放射線の吸収線量です。DLPは、撮影範囲分の放射線の吸収線量です。DLP=CTDIvol×撮影範囲[cm]
臓器・組織の各部位で受けた放射線の線量(実効線量という)へ換算する必要があるため、DLP[mGy・cm]から実効線量[mSv(ミリシーベルト)]へ換算しています。