

診療情報提供書(PET-CT検査依頼書)

お申込日 年 月 日

検査予約日時： 年 月 日 時 分 予約時刻30分前までにお越しください

* 原則、検査結果は郵送のため5日程の日数を要します。お急ぎの場合は地域連携室へご連絡下さい。

《検査依頼内容》

* 撮影部位は、「頭頂部～大腿基部まで」です。それ以外の部位を撮影希望する場合は、補足事項欄にご記入をお願いします。

* FDG 以外の薬剤による PET-CT 検査は施行できません。

* 心筋 PET(虚血性心疾患)は、対象外とさせていただきます。

ふりがな		性別	住所 〒	—
氏名		男 女		
生年月日	T・S・H 年 月 日 (才)		TEL:	()
			携帯:	()

【確定診断の有無】 早期胃癌を除く、悪性腫瘍の確定診断がついていますか？ 有 ・ 無

有：確定診断がついた根拠はどちらですか？ (病理 ・ 画像)

無：自費となります。当院 健診センター(Tel 0566-25-8182)へお問い合わせください。

【診断名】

【現病歴・依頼目的】

【手術歴】 有 ・ 無

年 月 術式 ()

【化学療法歴】 有 ・ 無

年 月 薬剤名 ()

【放射線治療歴】 有 ・ 無

年 月 照射方法 ()

【画像検査歴】 3ヶ月以内に行われていることが必要です

CT: 有 (年 月 日) ・ 無

MRI: 有 (年 月 日) ・ 無

超音波: 有 (年 月 日) ・ 無

内視鏡: 有 (年 月 日) ・ 無

その他 ()

検査のレポートまたは画像を必ずご提供ください

【病理診断結果】 有 (年 月 日) ・ 無

【腫瘍マーカーの結果】 有 ・ 無

正常：

高値：

【感染症】《HBsAg：+・-》《HCVAb：+・-》《HIV：+・-》《梅毒(TPHA)：+・-》

【糖尿病】 有 ・ 無 *インスリンや糖尿病薬剤の内服(投与)は、注射時間の6時間前より中止してください。

【当院でのPET-CT受診歴】 有 ・ 無

【体重】 kg

【ADL】 自立歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

【30分間静止】 可 ・ 不可

【妊娠】 有 ・ 無 *女性の方のみ

【授乳】 有 ・ 無 *女性の方のみ

【持参検査画像(検査の当日にご持参ください)】 CT ・ MRI ・ その他 ()

【補足事項】

貴医療機関名

住所

Tel: () —

診療科

医師名

PET-CT検査注意事項

☆ 検査を受けるにあたり、次の点についてご確認ください。

- ① FDG(フルオロデオキシグルコース)というブドウ糖に非常に良く似た薬剤を使用します。この薬剤による重篤な副作用の報告はありません。
- ② 血糖値 200mg/dl 以上では、薬剤が患部へ集まりにくくなり、検査精度が低下して病変を見逃す恐れがあります。従って本検査をお勧めできませんのでご了承ください。糖尿病またはその疑いがある方は担当医に御相談ください。
- ③ 妊娠中、またはその疑いのある方は受診できません。
- ④ 悪性度の低いがん(甲状腺がんの一部や肺がんの一部など)、がん細胞の占める割合の少ない腫瘍(胃がんの一部など)は検出されない可能性があります。その他に尿管がん、膀胱がん、肝細胞がん、胆道がん、白血病なども検出されない可能性があります。
- ⑤ FDGはブドウ糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積します。また腎臓から尿管、膀胱へと排泄されます。そのためこれらの臓器における腫瘍の診断の正確性を上げるためには他の検査を併用して補う必要性があります。
- ⑥ 肺結核、サルコイドーシスや胃炎、喉頭炎などの炎症性疾患、甲状腺腫や大腸腺腫などの良性疾患でも本検査で陽性になることがあります。また、消化管の蠕動運動など臓器の生理的な機能によって正常でも陽性になることがあります。このような場合には、別途検査をお勧めすることがあります。
- ⑦ 検査精度を高くするために、追加撮影(FDG注射後、通常の1時間後の検査に加え、約2時間後に検査をするものです)を撮らせていただく場合があります。
- ⑧ 月経がある女性の方は、卵巣および子宮が擬陽性になることを避けるために、生理後1週目位の受診をお勧めします。
- ⑨ PETIによる画像診断は優れた診断能を有していますが、さまざまな限界があり、がんを100%診断し得るものではないことをご理解ください。

☆ 検査のキャンセルについて

PET-CT検査は非常に特殊で高価な薬剤を使用いたします。薬剤は患者さんの検査の予約日時に合わせて製剤業者に依頼いたします。従いまして当日、予約時間に遅れる場合や、来院されない場合は高額な薬剤が無駄になってしまいます。このような事情からキャンセルはご遠慮下さいますようお願いいたします。やむを得ず変更が必要な場合には、必ず**検査前日の16:30***までにご連絡いただきますようお願いいたします。また、ご連絡なく受診されない場合は、料金を徴収させていただきますことをごまございます。あらかじめご了承ください。

※検査前日が日曜・祝祭日等の病院休診日の場合は休前日の16:30(土曜日の場合は13:30)までとさせていただきます。

○お問合せ先 刈谷豊田総合病院 地域連携室

〒448-8505 刈谷市住吉町 5丁目15番地

TEL 0566-25-8304

FAX 0566-27-6956

医療法人豊田会
刈谷豊田総合病院