

PET/CT 検査お申し込み手順書

1. 保険診療での悪性腫瘍（早期胃がんを除き悪性リンパ種を含む）、大型血管炎、心臓サルコイドーシスを対象とさせていただきます。次の PET/CT 検査目的に該当するかご確認ください。

以下の検査目的の範囲内で検査を実施するように求められています。

(1) 保険適用要件

他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する
高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する
心サルコイドーシスの診断または炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する

(2) 保険適用症例の選択基準

- (a) 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること
- (b) 病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、PET あるいは PET/CT 以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること

具体的には以下の検査目的の範囲内で実施することを推奨するが、実際の保険適用は症例毎に判断されることに留意されたい

(a) 治療前の病期診断

- (b) 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断、
たとえば術前化学療法後または術前化学放射線治療後における術前の病期診断、等

(c) 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断

- (d) 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合

(e) 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており

腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合

(f) 悪性リンパ腫の治療効果判定

「日本核医学会 FDG PET、PET/CT 診療ガイドライン 2020」より抜粋

2. お電話にて検査予約日をご相談ください。

PET 予約センター 088-837-3870 受付時間は診療日の 8 時 30 分から 17 時までです。

☆保険適用がない場合、あるいは現在までの臨床情報では保険診療対象外と判断した場合には
仮予約後においても検査をお断りすることがあります。

3. 検査当日にご持参頂くもの

- 健康保険証並びに各種受給者証
- 検査料金（保険の種類による。3割負担で 25,000～35,000 円程度）
貴院入院中の方を除く
- 診断情報提供書（原本をお持ちください）
- 検査説明・同意書<当院提出用>
- 検査日直近 3 ヶ月までの CT・MRI 画像データ (CD または DVD)

【フィルムはご遠慮ください】

4. 注意事項

- ・検査 1 週間以内にバリウム検査をされた方は、PET/CT 検査をおこなえません
- ・受付時間を必ずお守り下さい
- ・お返事は後日郵送させていただきます。画像データ (DVD) は、当日お渡しすることもできます。

PET/CT検査診療情報提供書 (主治医記載)

区分 (検査当日)	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 貴院入院
医療センター受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
同一月の Ga シンチ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
告知	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

紹介元医療機関

所在地 〒 -

名称

電話番号 () -

診療科

医師氏名

フリガナ				※連絡のとれる電話番号を必ずご記入ください	
患者氏名	(性別)	電話番号	() -	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
生年月日	年 月 日	歳	携帯電話		
住所	〒 -				
検査予約日時	年 月 日	(<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)	時	分	

診療区分 保険診療のみ

※該当項目 (□) をレ印でチェック、必要箇所にご記入下さい。

病名	保険適応疾患	適応要件 (検査目的)
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 大型血管炎 <input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシス	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する 疑い病名は保険適応となりませんのでご注意ください <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 診断根拠 <input type="checkbox"/> 画像 () <input type="checkbox"/> 病理 ()
	↓確定病名をご記入下さい	上欄の病名および検査目的に該当しない場合は検査出来ません 以前適応であった「肺癌の疑い」「大腸癌の疑い」なども平成22年度の改定により保険適応となりません

紹介目的：病状、他の画像診断結果、治療経過や主治医の関心事項など具体的にご記入ください

検査部位	<input type="checkbox"/> ルーチン (眼窩～鼠径部)						
受検者情報	身長	cm	体重	kg			
	手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖値 mg/dℓ		
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす 患者さんの状態により、介助者 (医療従事者含む) の付添いをお願いすることがあります <input type="checkbox"/> 寝台					
	ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	メーカー名	()	機種名 ()		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	仰臥位で20~30分静止可能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能					
	施行した画像診断	<input type="checkbox"/> PET	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> その他 ()
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[<input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ()]				
視覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()					

□ 安全性について

使用する薬剤(18F-FDG)には重篤な副作用の報告はなく、安全性の高いお薬です。
代表的な副作用は、「吐き気 0.7%」「かゆみ 0.4%」と報告されています。

□ 検査当日の流れ（受付～検査終了）

- ①受付 がんサポートセンター2階④番「核医学検査受付」にお越し下さい。
- ②更衣 ボタン・ファスナー・腕時計・アクセサリー・エレキバンなど金属類は、身につけないようにしてください。
- ③問診 検査前に説明室にて問診させていただきます。併せて、本日の検査の流れを説明いたします。検査の順番は、検査を受けられる方の体重等を考慮して決めますので、受付をされた順番にはならないことをご了承ください。
- ④お薬（FDG）の注射 処置室にてお薬を静脈注射させていただきます。
- ⑤待機 体内にお薬が行き渡るまで、1時間ほど安静にしてお待ちください。
この間に、ペットボトルのお水を全量飲んでいただきます。水は当院で準備いたします。トイレは自由に行ってもかまいませんが、それ以外は極力安静にしてください。
読書・音楽鑑賞・おしゃべり等もお控えください。
- ⑥検査 検査は20分程度です。息どめはありません。身体が動かないようにしているだけで検査は終わります。（検査に伴う痛みはありません）
- ⑦回復 撮影終了後30分程度お休みいただき、お薬の放射線量が減るのを待ちます。
また、より詳しく検査をする必要があると判断した場合、再撮影をおこなうことがあります。受付から検査終了まで3時間程度です。

□ PET/CT 検査後の注意事項

- PET/CT 検査終了後は他者への無駄な被ばくを避けるため、他の検査や診療予約または入院患者さんへの面会はせず、速やかに自宅へ帰宅して下さい。
- 検査後は特に食事や運動、入浴の制限はありません。
- 検査当日は妊婦や乳幼児との接触をできるだけ避けて下さい。検査翌日は、普段どおりで差し支えありません。ただし、授乳中の方は、注射から24時間は授乳しないで下さい。

□ ご了解いただきたい点

- 予定時間より遅れて来院されると、検査ができないことがあります。
遅れそうな場合は、必ずPET 予約センターまで速やかにご連絡下さい。
TEL 088-837-3870
- 交通・気象状況による薬剤運送の障害や装置のトラブルなどによる検査時間の遅れ・延期・中止もあり得ます。その際は、何卒ご理解・ご了承下さいますようお願い申し上げます。
- ご家族の方は原則待機室内へ入ることが出来ません。ただし、麻痺がある方や介助が必要と判断された方にはご家族の方に介助をお願いすることがあります。
- 検査結果は紹介元の先生にお聞きください。当院の医師による説明はありません。
お返事は紹介元病院へ後日郵送させていただきます。

□ 検査のキャンセルについて

○ご都合により、検査予約日時に来院できなくなった場合は、遅くとも、検査前日の15時まで（前日が休日の場合、その前の平日15時まで）に必ずご連絡を下さるようお願い申し上げます。

万が一、連絡がなく来院されなかった場合、上記の時間までに連絡がなかった場合は、
廃棄するお薬の費用として約5万円をご負担いただく場合があります。

□ PET/CT 検査について

【PET/CT とはどんな検査で何がわかるの？】

^{18}F フルオロデオキシグルコース（以下FDGと略）というお薬を注射して、身体の中のグルコース（ブドウ糖）代謝の状態をPET/CT装置で撮影・診断します。

FDGはグルコースによく似た化学構造をしているので、静脈注射するとグルコース代謝の盛んな場所（脳・心臓などの正常臓器、腫瘍や炎症などの病巣）に集まる性質があります。

この薬は、 ^{18}F （フッ素18）という放射性同位元素で標識されているので、薬が集まった場所から放射線が放出されます。

【検査にかかる費用】

自費で約9万円（内、お薬の価格が税込5万円）です。通常は、保険適用ですので保険負担金額を徴収させていただきます。

【検査の被ばくは？】

重篤な副作用の報告はなく、安全性の高い薬剤です。

薬剤による被ばく線量に加え、CT検査による被ばく線量が加わります。1回の検査による被ばく線量は胃透視（胃のバリウム検査）とほぼ同程度で、身体への悪影響はありません。

ただし、妊娠している（可能性がある）方への検査は原則としておこなっていません。

【検査の限界】

- このお薬（FDG）は、糖代謝の盛んな臓器に強く集積します。また、尿として排泄されるために腎臓や尿管・膀胱に強く集積します。

そのため、これらの臓器の診断が困難な場合があります。

- 炎症などの良性疾患にも集積します。また、糖代謝の低い一部の悪性腫瘍では集積が低い場合があります。そのため、これらの疾患では正確な診断が困難な場合があります。

- 検査装置の性能上、検出が困難な場合があります。

- ① 1cm未満の小さな腫瘍
- ② 糖代謝の低い腫瘍
- ③ 検出されにくい腫瘍

（胃癌・原発性肝臓癌・前立腺癌・腎癌・一部の肺癌・乳癌等）

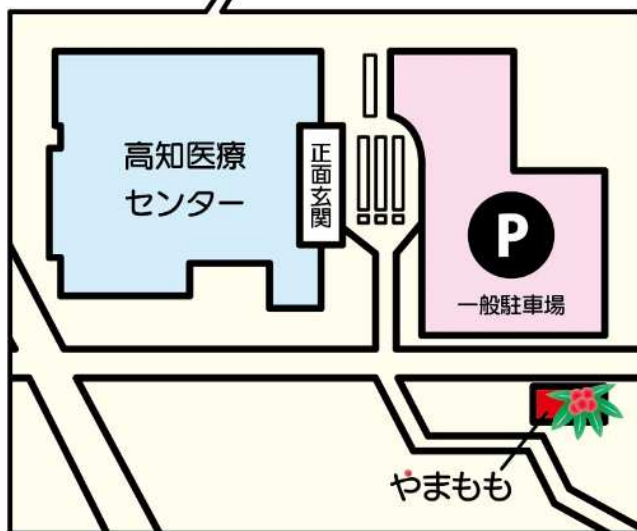
- ④ 糖尿病などにより血糖値が高い場合、病変の検出が困難な場合があります
- ⑤ 心臓ペースメーカー・体内金属（歯のかぶせ・ブリッジ・人工関節など）の影響でその近傍の画像が見えにくくなる場合があります

- PET/CT 検査だけでは診断は確定されません。

高知医療センター アクセスマップ



- JR高知駅から タクシー 約15分
- バス 約30分
- 高知ICから 車 約15分
- 高知龍馬空港から タクシー 約20分



検査当日は駐車場が混み合う可能性があります。

時間に余裕をもってお越し下さい。

④番核医学検査受付の場所は高知医療センター正面玄関から入り

総合案内でお聞き下さい。