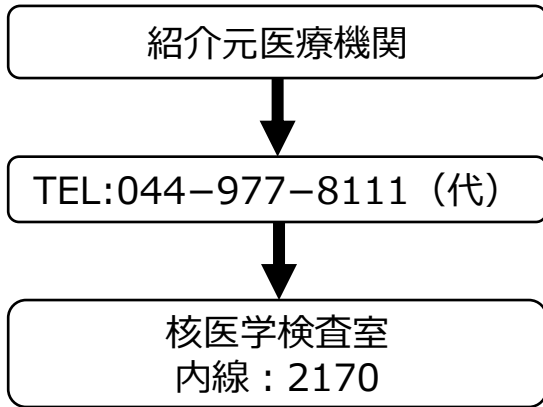


FDG PET/CT検査のご予約・ご受診の手順

① 紹介元の医療機関様のお電話にて、検査のお申し込みをお願いいたします。



「PET/CT検査の申し込みです」とお伝えいただき、
【核医学検査室受付】内線：2170に繋いでまいります。

② 核医学検査室受付にて以下の項目に関して確認させていただき、予約日時を確定します。

- 病院名、依頼科名、担当医師名
- 検査の希望日時
- 患者様のお名前、生年月日、連絡先、体重、ADL等
- 依頼内容（腫瘍 or 血管炎 or 心サルコイドーシス）
- 糖尿病の有無（リブレ等を使用している場合は検査時外してまいりますので、事前の説明をお願いいたします）

③ 予約日時確定後、以下の事項をお願いいたします。

A. 検査依頼書の当院への送信

所定の検査依頼書（診療情報提供書）に必要事項をご記入のうえ、メディカルサポートセンターにFAXをお願いいたします。この際、**電話にて決定した検査予約日時を必ずご記載**ください。

メディカルサポートセンターFAX：044-975-0608

B. 予約票・検査説明用紙を患者様へお渡し

予約票に予約した検査日時・氏名・生年月日を記載後、検査説明用紙とともに患者様へお渡しください。この際、来院時間と簡単な検査の説明をお願いいたします。

また、検査に使用する薬剤は高額なため、検査前日に来院確認の電話を核医学受付からさせていただきますので、その旨を事前に患者様にお伝えください。

PET検査の前に貴院で実施している画像検査（CT・MR・USなど）および病理結果・血液検査等の結果の記載およびデータの提供をお願いいたします。

④ 予約日当日、患者様に来院いただき検査を行います。

検査終了後、検査結果を紹介元医療機関様宛に郵送にて送りますので、結果説明をお願いいたします。



①予約枠

月～金曜日 9時30分投与から15時まで・30分毎の設定
体重により予約時間を調整しています

②予約締め切り

- ・ 検査の申し込み締め切りは検査前々日の12時までとします
前日が休診日の場合は休診日前々日の12時までとします
- ・ 検査のキャンセルに関しても同様です

③検査依頼書への記載内容

- ・ 電話にて確定した予約日時を確実に記載お願いいたします

④予約票への記載内容

- ・ 確定した予約日・患者様氏名・生年月日のご記載をお願いいたします

当院のIDが未確定の状態では患者様へ予約票の受け渡しを行いますので、ご本人確認のために、お名前と合わせて生年月日の記載をお願いします

- ・ FDG PET/CTには【腫瘍】・【大血管】・【心筋 (サルコ)】の3種類があります

検査の種類により前処置 (絶食時間) が異なりますので、予約した検査に合わせた予約票のご使用をお願いします

⑤患者様への説明

- ・ 検査説明用紙を使用し、患者様へ検査の説明をお願いいたします
検査の種類により前処置 (絶食時間) が異なりますので、予約した検査に合わせた検査説明用紙のご使用をお願いします
- ・ 予約票へ記載している時間は薬剤の投与時間となりますので、事前の問診やルート確保などのために、記載している時間の30分前には核医学受付に到着できますようにお伝えください
- ・ 投与後検査開始まで一人での待機が難しい患者様・移動に介助の必要な患者様の場合
はご家族などの付き添いの方と一緒に来院いただきますようお願いいたします

⑥検査のキャンセルについて

- ・ 検査に使用する薬剤は非常に高額です。無断および検査当日のキャンセルの場合
は薬剤代金をご負担いただく場合がございますので、ご注意ください



FDG-PET/CT検査の保険適用に関して

¹⁸F-FDG製剤の保険適用に関する詳細を以下に示しますので、ご確認のうえ検査依頼をお願いいたします。

疾患名	具体的な理由
1. 悪性腫瘍 (早期胃がんを除く)	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場合
2. 血管炎	高安動脈炎などの大血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない場合
3. 心サルコイドーシス	心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる場合

上記全ての疾患名において、PET検査予約時に他の検査、画像診断、病理診断等による精査が既に行われていることが必要となります。悪性腫瘍・血管炎の場合はCT・MRIを心サルコイドーシスの場合はエコー・MRIなどの画像検査を必ず事前に実施してください。

また、検査依頼書へ臨床経過を詳細にご記入下さい。

【悪性腫瘍において保険適用となる場合】

- ① 病理で悪性腫瘍の確定診断が得られている場合の病期診断
- ② 悪性腫瘍を疑うが病理診断による確定診断が得られなかった場合(生検が難しい場合、生検で腫瘍細胞が認められないが臨床的にはがんと診断されるもの)は、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば PET 検査は保険適用になります(疑い病名は適用外)
- ③ 経過観察中に CT、MRI、エコーなどの画像診断や複数回の腫瘍マーカー検査で臨床的に強くがん、がんの再発、がんの転移を疑う場合
- ④ 悪性リンパ腫に限り治療効果判定目的の場合も保険適用となります(それ以外は適用外)

【保険適用とならない場合】

- ① 同月内に悪性腫瘍の診断目的でガリウムシンチの核医学検査が行われている場合
- ② 前回のPET/CT検査から6ヶ月以上経過していない場合

上記の場合は保険適用となりませんのでご注意ください。

【自費でのFDG-PET/CT検査について】

当院では自費での FDG-PET/CT検査も実施しており、費用は121,000円(税込)となります。保険適用条件に該当しないが、PET検査が有用とされる場合、費用含め患者様とご相談の上、自費でのPET検査をご依頼ください。

【検査画像の持参のお願い】

PET/CT検査をご依頼の際は貴院にて実施している画像、病理、血液検査等のデータおよびレポートの提供をお願いいたします。

■ 検査に関する問い合わせ先

TEL : 044-977-8111(代)

内線 : 核医学検査室2170・2171

