PET/CTお申込み手順　（医師用）　1

1.　検査予約

検査予約は電話（PET総合画像診断センター直通 0773-23-6650）で承ります。
予約受付時間　月～金9:00～17:00（祝祭日、年末年始を除く）、土9:00～12:30
裏面の《18FDG-PET/CT当院で撮影可能な保険適応疾患》をご参照ください。
＊ 原則として、植込み型除細動器（ICD）を装着されている方、鎮静が必要な方、20分静止できない方、および妊産婦の方の検査はお受けしておりません。何卒ご了承ください。

2.　診療情報提供書の作成

① 診療情報提供書（2枚目）をご記入ください。
（紹介元医療機関及び主治医名を必ずご記入ください）
＊ 撮像範囲の追加をご希望される場合は、その理由と撮像範囲をご記入ください。その内容により当院医師の判断で撮像範囲を決定しますのでご了承ください。
② 当日中に、診療情報提供書（2枚目）をFAXにてご送信ください。
（FAX 0773-23-6653　PET総合画像診断センター）
③ 診療情報提供書（2枚目）を封筒に入れて患者様にお渡しください。

3.　患者様への説明及び準備

① PET/CT検査の必要性および目的についてご説明ください。
② PET/CT検査予約票（4枚目）に記載されている「検査についての注意事項」をご説明ください。
尚、参考資料として画像データ（CT・MRI等）をお貸しいただきますようお願いいたします。

● 患者様にお渡しいただくもの

□診療情報提供書　□PET/CT検査予約票　□PET/CT検査問診票・検査同意書
□参照画像　□算定入院基本料等の情報提供書（入院中の場合）

● 結果通知

① PET/CT検査結果は、後日先生宛に診療情報提供書とPET/CT画像データ及びおあずかりしました参照画像データを郵送いたします。（およそ2日～3日かかります）
② 当院医師から患者様への検査結果の説明はいたしません。

● 検査費用

① 保険適応の場合、3割負担の方で約30,000円です（検査内容により費用が異なることがございます）。
② 保険適応外と判断された場合、料金は全額自己負担となります。

PET/CT検査、及び手順についてご不明な点は、下記のPET総合画像診断センターまでお問い合わせください。

京都ルネスクリニック　PET総合画像診断センター
〒620-0054　京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650（予約直通）
FAX 0773-23-6653

《18FDG-PET/CT当院で撮影可能な保険適応疾患》

悪性腫瘍 （早期胃癌を除き 悪性リンパ腫を含む）	悪性腫瘍と診断された上で、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。

心サルコイドーシス	心サルコイドーシスと診断された上で、炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。

血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎と診断された上で、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。

※当院では、2020年4月1日より合成装置を更新し血管炎も保険適応となりました。

① 悪性腫瘍保険適応要件

- 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.

② 悪性腫瘍保険適応の選択基準

- 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.
- 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持って悪性腫瘍が疑われ，悪性腫瘍と診断される患者であること.

  ※FDG PET, PET/CT 診療ガイドライン （2018）：日本核医学会

- 病理診断による確定診断が得られていなくとも、臨床上、高い蓋然性を持って悪性腫瘍が疑われ，悪性腫瘍と診断されれば保険適用となります.

  ※疑義解釈資料（平成22年4月30日付事務連絡）：厚生労働省保険局医療課□

診療情報提供書の確定診断名の欄に御記入 いただく内容には、必ず悪性腫瘍の確定病名をご記入いただきますよう、よろしくお願いいた します。

健康保険適用の制限は解釈の仕方によっては厳しいものとなっています。
先生方にはご面倒をお掛け致しますが、何より患者さんが不利益を被らないように、適切な検査および保険の適用が必須と考えます。ご理解とご協力のほど宜しくお願い申し上げます。
上記に該当しない場合やその他ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく、PET総合画像診断センターまでお問い合わせください。

京都ルネスクリニック　PET総合画像診断センター
〒620-0054　京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

診療情報提供書　（FAX及び患者様用）2

紹介元医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医療法人福冨士会　京都ルネスクリニック

電話番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿　PET総合画像診断センター宛

診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿科　紹介医お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

予約日時	**年　月　日（　）午前 / 午後　時　分**
ふりがな 患者様お名前	様　性別　男・女
生年月日	年　月　日（　歳）
患者様住所（〒　－　）	
電話番号	ご自宅:　－　－　携帯電話:　－　－

保険診療確認事項　（保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください）

前回PET検査歴	□有　□無　前回検査日　年　月　日
撮像範囲は頭頂部～大腿基部までとなります。 なお、変更の場合はその範囲と理由をご記入ください。	
確定診断（必須） ※ 癌の疑いは保険適応外です	□肺 癌　□乳 癌　□脳腫瘍　□悪性リンパ腫　□頭頸部癌（　） □膵 癌　□子宮癌　□転移性肝癌　□原発不明癌　□悪性黒色腫 □食道癌　□大腸癌　□卵巣癌　□その他（　）
検査目的（必須）	□病期診断　□再発診断　□転移検索　□他（　）
保険適応（必須）	□良悪鑑別や悪性疾患の疑い病名ではない（保険適応）　□自費診療
病理検査（必須）	□実施（　）　□未実施
腫瘍マーカー	
臨床経過・検査目的　等	
手術歴　年　月　術式　年　月　術式	

検査前確認事項

現在状況	□外来　□入院	糖尿病	□無　□有（　mg/dl）
移動方法	□歩行　□車イス　□ストレッチャー	腎機能	□正常　□異常（　）
20分静止	□可能　□不可	妊娠可能性	□無　□有
感染症	HBV（＋・－・未）　HCV（＋・－・未）　HIV（＋・－・未）その他（　）		

京都ルネスクリニック　PET総合画像診断センター
〒620-0054　京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

診療情報提供書（控）　（紹介元医療機関用） 3

紹介元医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医療法人福冨士会　京都ルネスクリニック

電話番号 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿　PET総合画像診断センター宛

診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿科　紹介医お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

予約日時	**年　月　日（　）午前 / 午後　時　分**
ふ り が な 患者様お名前	様　性別　男 ・ 女
生年月日	年　月　日（　歳）
患者様住所（〒　－　）	
電話番号	ご自宅:　－　－　携帯電話:　－　－

保険診療確認事項　（保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください）

前回PET検査歴	□ 有　□ 無　前回検査日　年　月　日
撮像範囲は頭頂部～大腿基部までとなります。 なお、変更の場合はその範囲と理由をご記入ください。	
確定診断（必須） ※ 癌の疑いは保険適応外です	□ 肺 癌　□ 乳 癌　□ 脳腫瘍　□ 悪性リンパ腫　□ 頭頸部癌（　） □ 膵 癌　□ 子宮癌　□ 転移性肝癌　□ 原発不明癌　□ 悪性黒色腫 □ 食道癌　□ 大腸癌　□ 卵巣癌　□ その他（　）
検査目的（必須）	□ 病期診断　□ 再発診断　□ 転移検索　□ 他（　）
保険適応（必須）	□ 良悪鑑別や悪性疾患の疑い病名ではない（保険適応）　□ 自費診療
病理検査（必須）	□ 実施（　）　□ 未実施
腫瘍マーカー	
臨床経過・検査目的　等	
手 術 歴　年　月　術式　年　月　術式	

検査前確認事項

現在状況	□ 外来　□ 入院	糖尿病	□ 無　□ 有（　mg/dl）
移動方法	□ 歩行　□ 車イス　□ ストレッチャー	腎機能	□ 正常　□ 異常（　）
20分静止	□ 可能　□ 不可	妊娠可能性	□ 無　□ 有
感染症	HBV（ + ・ − ・ 未 ）　HCV（ + ・ − ・ 未 ）　HIV（ + ・ − ・ 未 ）その他（　）		

京都ルネスクリニック　PET総合画像診断センター
〒620-0054　京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

PET/CT検査予約票　（患者様用）　4

検査当日は予約時間の15分前までに京都ルネスクリニック1階受付にお越しください。

予約日時	年　月　日（　）午前 / 午後　時　分
ふりがな 患者様お名前	様　性別　男・女
生年月日	年　月　日（　歳）

〈検査当日ご持参いただくもの〉

- ☐ 健康保険証並びに各種受給者証
- ☐ PET/CT検査予約票（本紙）
- ☐ PET/CT検査問診票・検査同意書
- ☐ 主治医から預かられた診療情報提供書及び画像データ（CT・MRI等）
- ☐ 算定入院基本料等の情報提供書（入院中の場合）

検査についての注意事項（必ず検査前日にもう一度ご確認ください。）

＊下記の内容が守られていない場合は検査が中止になる場合があります。

1. 検査前6時間は絶食でお越しください。
   ＊ ただし心サルコイドーシスの診断は12時間の絶食が必要になります。医師の指示に従ってください。
   検査時間が午前の方は、当日の朝食は摂らないでお越しください。（ガム、飴などを含む）
   水や白湯・緑茶は飲んでいただいてかまいませんが、糖分を含む飲み物等は摂らないでください。
2. 検査前に運動（ランニング、長時間の歩行など）はしないでください。
3. 糖尿病の薬（インスリン注射・糖尿病内服薬）は検査当日朝から検査終了まで中止してください。
   検査前日・当日の下剤の服用は控えてください。それ以外の薬の服用に関してなど詳しくは主治医の指示に従ってください。
4. 糖尿病で治療中の方は、検査当日のお薬の使用について必ず主治医にご相談ください。
5. 妊娠中またはその疑いのある方、授乳中の方は検査できません。
6. 検査時間は約2～3時間ですが、内容によって所要時間は異なります。
7. 検査はすべて予約制になっておりますので、時間に余裕をもってご来院ください。
8. PET/CT検査は、高価な薬剤を検査日時に合わせて当院で製剤いたします。当日の予約時間に遅れたり、来られない場合、薬剤が無駄になってしまいます。もしキャンセルされる場合は必ず3日前までにご連絡ください。

京都ルネスクリニック　PET総合画像診断センター
〒620-0054　京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

PET/CT検査問診票・検査同意書（患者様用）

問診票

お名前	生年月日	年齢	性別	身長(cm)	体重(kg)

1.	「血糖が高い」「糖尿病」と診断されたことがありますか？	□ はい　□ いいえ
	「はい」と答えた方は、現在治療されていますか？	□ 放置　□ 治療中
2.	今までに大きな病気をされたことがありますか？	□ はい　□ いいえ
	病名（　　）	
3.	今までに手術を受けたことがありますか？	□ はい　□ いいえ
	病名（　　）	
4.	体内に手術で挿入された器具はありますか？	□ はい　□ いいえ
	「はい」と答えた方は、あてはまるものに☑を付けてください □ 心臓ペースメーカー　□ 植込み型除細動器　□ その他（人工関節など）	
5.	1週間以内に胃透視・注腸透視などのバリウム検査を受けられましたか？	□ はい　□ いいえ
6.	閉所恐怖症はありますか？	□ はい　□ いいえ
7.	女性の方にお聞きします。現在、生理はありますか？	□ はい　□ 閉経した
	「はい」と答えた方のみお答えください。 最終月経　　月　　日 ～　　月　　日	
8.	現在、妊娠の可能性はありますか？	□ はい　□ いいえ
9.	現在、授乳中ですか？	□ はい　□ いいえ

＊　上記問診の回答内容によっては検査が出来ない場合がありますので、ご了承ください。

同意書

① 検査に使用するお薬について

体の中にある成分(ブドウ糖)とほぼ同様のお薬(^{18}FDG)を静脈注射しますが、このお薬による副作用の報告はこれまでされていません。

② 検査の限界

がんの種類や部位、大きさにより、検出しにくい場合があることをご理解ください。

③ 被ばくについて

PET/CTの被ばく線量は約4～30mSv(ミリシーベルト)です。

受けた放射線の量が100ミリシーベルト未満であれば、放射線検査を受けた人も受けなかった人も、疫学的には発がん率や遺伝的な影響の差は認められないと言われています。

しかし、いくら少ない量の放射線でも体への影響はゼロではない事をご理解ください。

当院では診断に支障が出ない範囲で放射線の量を可能な限り低くして撮影しています。

PET/CT検査について説明を受け、目的・検査についての注意事項及び上記内容を理解した上で検査を受けることに同意いたします。

年　　月　　日　　署名

代理人が署名する場合は、本人との関係を明記してください。