

1. 予約

- ① お電話にて検査予約を承ります。(下記 予約専用直通番号 又は 代表番号へおかけください)
- ② 検査日・時間をお決め頂きます。
- ③ 患者様氏名、所属(外来/入院)、ご依頼医師名をお教え下さい。
- ④ 差し支えがなければ、保険適用判断に使用いたしますので臨床診断名をお教え下さい。
 - * 保険適用要件は、2ページ目「情報提供書」の中ほどに記載してございます。
 - * 保険適用要件以外の場合は、自費での検査となります。

2. 患者様への説明及び準備

- ① PET-CT 検査の必要性と目的をご説明下さい。
- ② **「PET-CT 検査予約票」に検査日時をご記入頂き、患者様へお渡し下さい。**
- ③ **「PET-CT 検査説明」を患者様にお渡し頂き、お読み頂くようご説明下さい。**
糖尿病の患者様の場合「糖尿病の方へ」もお渡し下さい。
- ④ 下記の薬剤を服用・注射している場合は、以下のようにご対応下さい。
 - 糖尿病経口薬・インスリン注射**：原則検査当日の服用・注射はできません。
 - 白血球減少薬(セファランチン,ロイコンなど)やG-CSF剤**:予約時にお申し出頂き当院医師とご相談下さい。あらかじめご紹介医様にて、インスリンや経口薬の使用一時中止について可能か判断して頂き、患者様へご説明下さいますようお願い致します。
- ⑤ 可能であれば、参考資料として CT・MRI 等をお貸し頂きますようお願い致します。

3. 診療情報提供書 の FAX

- ① 2ページ目の「診療情報提供書」をご記入下さい。
- ② **「診療情報提供書」を、当院 PET 室宛に FAX にてご送信下さい。(FAX : 03-5888-9881)**
事前の保険適用判断に使用し、保険適用外の場合はご連絡をさせて頂く場合がございます。
＜患者さまにお渡し頂くもの＞

●PET-CT 検査説明 ●PET-CT 検査予約票 ●診療情報提供書(コピーも可)

4. 検査費用

- 保険が適用される場合の自己負担額は 3 割負担の場合で約 30,000 円になります。**
 - DPC (包括請求) 対象病院に入院中の患者さま**につきましては、当院において保険請求ができないため**自由診療**となります。検査日に外来通院中の方のみ保険診療の対象となります。
 - DPC (包括請求) 対象病院に入院中の患者さま**の検査費用につきましては、患者様に当院窓口にてお支払い頂く他、**紹介元病院様に当院より保険点数(10 割)の費用をご請求させて頂くことも可能です。**
- 保険の適用がない場合は、保険点数の 10 割負担 (約 10 万円) にてお支払いとなります。**
薬剤の発注取り消し可能時間は、(平日の)検査前日 16 時までとなっております。
キャンセルの場合は、**必ず当院へ連絡をするよう患者様へお伝え下さい。**
無断キャンセルの場合は、**薬剤費を患者様にご負担頂く場合があります。**

5. 結果通知

- ① **検査結果は、検査後 1 週間程度(通常 3~4 日)でご依頼頂いた先生宛に送付致します。**
万一、届かない場合は当院までご確認下さいますようお願い致します。
- ② 当院医師から患者さまへの検査結果の説明は致しません。
- ③ ご持参いただいた参照画像(CD 等)で返却が必要な場合は、患者さまへ直接お返し致します。

＜検査予約電話番号＞

TEL : 03-3852-3123 (予約専用直通) 又は 03-5888-9880 (代表)

〒123-0843 東京都足立区西新井栄町 1-17-25 東京洪誠病院 PET 室

FAX : 03-5888-9881

診療情報提供書

紹介元医療機関 _____ 様
 電話番号 _____

(医) 洪水会 東京洪水病院
 PET室宛

紹介医師お名前： _____ 科 _____ 様

検査日時 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	T・S・H・西暦	年	月	日	(歳)
患者様住所 (〒	_____	—	_____)	
電話番号 ご自宅 :	_____	携帯電話番号 :	_____		

保険診療確認事項 (保険適用の判断や読影に使用しますのでご記入下さい。) *記入必須項目です

撮像範囲	*特別指示が無い場合、撮像範囲は頭部～大腿基部までとなります。				
*臨床診断名	「疑い病名」は保険適用となりません (再発疑い・転移疑いは除く)。 保険診療の場合は必ず悪性腫瘍の確定病名をご記入下さい。 ※心サルコイドーシス検査は行っておりません。				
*保険適用要件及び保険適用区分	悪性腫瘍 (早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む) が保険適用ですが、「 <u>疑い</u> 」では保険適用出来ません。 また、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のみ適用となります。 <input type="checkbox"/> 保険診療 *「 <u>疑い</u> 」診断名では適用できません。ご注意ください。 <input type="checkbox"/> 私費診療 *患者様へ10割負担になることの説明をして頂く様お願い致します。				
*検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 上記目的以外の場合、保険適用とならない場合があります <input type="checkbox"/> 他 (_____)				
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施している (_____) <input type="checkbox"/> 実施していない				
画像診断検査	CT (月 日) ・ MRI (月 日) ・ RI (月 日) US (月 日) ・ 他 (_____)				
腫瘍マーカー					
*臨床経過 等	出来るだけ詳細にご記入下さいますようお願い致します。				
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 年 月 術式 : _____				
現在状況 : 外来 ・ 入院(DPC 対象の場合保険適用不可)	糖尿病 :		有 (_____ mg l/dl) ・ 無		
移動方法 : 歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	腎機能 :		正常 ・ 異常 (_____)		
閉所での20分以上の静止 : 可能 ・ 不可	妊娠可能性 :		有 ・ 無		

東京洪水病院 PET室 〒123-0843 東京都足立区西新井栄町 1-17-25
 TEL : 03-3852-3123(予約専用直通) TEL : 03-5888-9880(代表)

FAX 03-5888-9881

PET-CT 検査予約票

3

検査当日は、予約時間の15分前までに東京洪誠病院 2階総合受付へお越し下さい。
(ご不明な点がございましたら、当院PET室までお電話にてご連絡下さい。)

予約日時	年	月	日()	午前・午後	時	分
患者様お名前：	様			性別	男	・ 女

< 検査当日ご持参頂くもの >

- 健康保険証
- 検査予約票 及び 診療情報提供書(紹介状)
- 参照画像(有る場合)

検査についての注意事項

- 検査前最低5時間は絶食でお越し下さい。**
 - 検査時間が午前の方：当日の朝食は摂らないで下さい。
お水(糖分の含まないもの)はお飲み頂いて結構です。
 - 検査時間が午後の方：朝食を最低でも検査開始時間の5時間前までに軽く摂って下さい。
それ以降は、お水(糖分の含まない)以外の物は摂らないで下さい。
- 検査前日より、激しい運動(ランニング、長時間の歩行など)はしないで下さい。
- 検査当日の服薬については、主治医の指示に従って下さい。
- 薬は通常通りお飲み下さい。ただし**下記の薬剤については、内服・注射の制限があります。**
 - 糖尿病経口薬・インスリン注射**：原則検査当日の服用・注射はできません。
 - 白血球減少薬(セファランチン、ロイコンなど)や GCSF 剤**：主治医の先生とご相談下さい。
検査当日、薬剤の中止の判断が難しい場合は、必ず主治医の先生とご相談下さい。
- 妊娠中、又はその疑いのある方は原則として検査をお受けになれません。
授乳中の方は、検査当日の授乳はお控え下さい。
- 検査時間は2～3時間程度かかりますが、内容によって所要時間は異なります。
- 結果については、ご紹介元主治医の先生から説明を受けて下さい。**
検査は他医療機関からのご依頼を受けたものですので、当院では検査結果の説明は致しません。
- 検査はすべて予約制になっておりますので、時間に余裕を持ってお越し下さい。
予約時間に大幅に遅れられた場合(30分以上)は自動的にキャンセル扱いとなります。
- PET 検査薬剤は、短時間にて使用不可能になってしまいます。
キャンセルをされる場合は、遅くとも検査前日16時までに、お電話にてご連絡下さい。
 - 無断キャンセル、もしくは、遅刻等により PET 検査をお受けになれない場合、薬剤費用をご負担頂く場合があります。**



東京洪誠病院 PET 室

〒123-0843

東京都足立区西新井栄町1-17-25

TEL 03-5888-9880 (代表)

最寄り駅：東武 スカイライン 西新井駅

西口徒歩3分

1. PET-CT 検査について

PET-CT 検査は、放射性同位元素(18F・フッ素 18)を標識した薬剤を注射した後に PET と CT の撮影を行い、がんやその他の疾患を診断する検査です。痛みや副作用はほとんどありません。

2. PET-CT 検査の注意事項

- ① **検査前5時間は絶食です。糖分を含む飲料、アメ・ガムなどもご遠慮下さい。**
お水(糖分の含まないもの)はお飲み頂いて結構です。
- ② 薬は通常通り服用下さい。**ただし下記の薬剤については制限があります。**
 - 糖尿病経口薬・インスリン注射**：原則、検査当日の服用・注射はできません。
 - 白血球減少薬(セファランチン、ロイソなど)や GCSF 剤**：主治医の先生とご相談下さい。
これらの薬を使用している方は、あらかじめ、主治医にご相談下さい。
上記薬剤をご使用中の場合、可能であればお薬手帳をご持参下さい。
- ③ 検査前日と当日の運動や肉体労働は控えて下さい。また前日の飲酒もお控え下さい。
- ④ 妊娠中や妊娠の可能性のある方は原則として検査できません。
- ⑤ 検査は狭い筒状の機械の中に入って行ないます。15分程度狭い場所にて静止して頂く必要があります。
閉所恐怖症の方は、あらかじめ主治医とご相談下さい。
(検査開始後、閉所恐怖症により検査が行なえない場合でも、費用はかかりますのでご注意ください。)

3. PET-CT 検査実施手順

PET検査は、注射から検査終了まで、おおむね2～3時間かかります。

- ① **絶食** **ブドウ糖の代謝を調べる検査なので、検査前5時間は絶食(水を除く)です。**
 - 検査時間が午前の方**：当日の朝食は摂らないで下さい。
お水(糖分の含まないもの)はお飲み頂いて結構です。
 - 検査時間が午後の方**：朝食を最低でも検査開始時間の5時間前までに軽く摂って下さい。
それ以降は、お水(糖分の含まない)以外の物は摂らないで下さい。
- ② **注射** 血糖値の測定・検査薬剤を注射します。
- ③ **安静** 検査薬剤が体内に行きわたるまで約50分程度安静にしています。
- ④ **撮像** 排尿後、PET/CT 装置で約15分程度の全身撮影をします。
- ⑤ **休憩** 再び、約30分～1時間程度安静にします。
- ⑥ **撮像** 排尿後、PET/CT 装置で再度、約15分程度の全身撮影をします。

4. PET-CT 検査費用とお支払い

検査費用は、**保険適用の場合 約30,000円(自己負担3割の場合)** となります。

保険が適用でない場合(自由診療)は自己負担10割(約10万円)となります。

費用は、検査当日のお支払いとなります。現金 又は クレジットカードにてお支払い下さい。

・VISA ・Master Card ・JCB ・American Express ・Diners Club ・DISCOVER

5. キャンセルについて

PET-CT 検査は、高価な薬剤を検査日、時間に合わせて取り寄せ使用いたします。

この薬剤は、短時間にて使用不可能になってしまいます。

キャンセルをされる場合は、検査前日16時までにお電話にてご連絡下さい。

●無断キャンセル

●検査の予約時間までに来院されず、PET-CT 検査をお受けになれない場合
上記の場合には、**薬剤費(49,720円・税込み)**をご負担頂く場合があります。

キャンセル連絡先 東京洪誠病院内 PET 室 TEL03-5888-9880(代表)

6. その他

- 検査前日までに、検査確認や費用についてのお電話をさせて頂くことがございます。
- PET検査薬剤は毎日、製薬会社より陸送で供給を受けます。検査薬剤の輸送体制、検査機器の保守点検には万全を期しておりますが、道路状況や天候の変化などで到着しなかった場合、検査機器トラブルなどの際には検査開始時刻の遅延、又は中止せざるを得ない場合がありますのでご了承下さい。
- **結果については、ご紹介元主治医の先生から説明を受けて下さい。**
- ご不明な点がございましたら、当院 PET 室へご相談下さい。

糖尿病の方へ

- 検査当日は、糖尿病薬の服用やインスリンの注射ができません。
- 検査開始時間の5時間前から、お水以外の物は摂らないで下さい。

(検査当日に糖尿病薬を服用・注射をした場合や、お食事を摂取された場合、当院医師の判断にて検査の中止・再予約をお願いする場合があります)

ただし、ご予約時に服用・注射について特別の指示があった場合はその指示に従って下さい。

あらかじめ、主治医の先生と薬剤の中止が可能かご相談下さい。

その他のお薬はお飲み頂いて大丈夫です。

ご質問等がございましたら、お電話にてお問い合わせ下さい。