

## 1. 予約

- ① お電話にて検査予約を承ります。
- ② 検査日・時間をお決めいただきます。
- 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てください。  
\* 保険適用要件は、3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ください。
- ② 「PET-CT 検査予約票」に検査日時をご記入いただき、患者様へお渡しください。
- 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」もお渡しください。
- 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いただき、患者様へご説明くださいますようお願いいたします。
- ⑤ 可能であれば、参考資料としてCT・MRI等をお貸しいただきますようお願い致します。

## 3. 診療情報提供書 の FAX

- ① 3ページ目の「診療情報提供書」をご記入ください。
- ② 「診療情報提供書」を、当院 PET 室宛に FAX にてご送信ください。(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。  
<患者さまにお渡しいただくもの>  
●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17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ください。  
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**でご依頼頂いた先生宛に送付いたします。  
万一、届かない場合は当院までご確認くださいませようお願いいたします。  
※読影医師の都合により、結果の送付が遅れる場合もございます。予約時にご案内を致しますが、この際にご容赦くだ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。  
ご持参いただいた参照画像にて、返却が必要な場合は患者さまに直接お返し致します。

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)

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階総合受付へおこしください。  
(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ください)

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

< 検査当日ご持参いただくもの >

- 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

1. **検査前最低5時間は絶食でお越しください。**  
 検査時間が午前の方：当日の朝食は摂らないでください。  
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ください。  
それ以降は、お水(糖分の含まない)以外の物は摂らないでください。
2. 検査前日より、激しい運動(ランニング、長時間の歩行など)はしないでください。
3. 検査当日の服薬については、主治医の指示に従ってください。
4. 薬は通常通りお飲みください。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、ロイソなど)やG-CSF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ください。
5. 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ください。
6. 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。
7. 検査はすべて予約制になっておりますので、時間に余裕を持ってお越しください。  
**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。**
8. 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、お電話にてご連絡ください。**
  - 無断キャンセル
  - 患者様が検査予約時間までに来院されず、これによってPET検査をお受けになれない場合  
上記の場合には、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：東武伊勢崎線 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・ガムなどもご遠慮ください。  
お水(糖分の含まないもの)はお飲み頂いて結構です。
- ② 薬は通常通り服用ください。**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、主治医にご相談ください。  
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ください。
- ③ 検査前日と当日の運動や肉体労働は控えてください。また前日の飲酒もお控えてください。
- 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。25分程度狭い場所にて静止していただく必要があります。**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ください。  
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ください。  
それ以降は、お水(糖分の含まない)以外の物は摂らないでください。
- 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25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25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 ・J Debit

## 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ください。**

●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(45,200円(税抜))をご負担いただく場合があります。**

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

## 6. その他

- **必要に応じて(不明点がある場合)検査前日までに検査確認のお電話をさせて頂くことがございます。**
- PET 検査薬剤は、使用期限のとても短い薬剤のため保存することはできません。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、万一の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ください。
- ご不明な点、ご心配な点がございましたら、東京洪誠病院PET室までご連絡ください。

## 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。また、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ください。**

(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ください。**

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ください