

東京医療センターPET・PET/CT予約伝票

① 伝票記入

2枚目（診療情報提供書）のI～Vの記入をお願いします。

- I 患者情報
- II 病名・保険適応
- III 他検査情報
- IV 患者情報詳細
- V 紹介元施設情報

② 予約枠取得

東京医療センター核医学センター

03-6859-1720 へ、お電話ください。
予約枠の確定・伝票記入事項の確認を行います。

③ 検査説明

PET検査は高額な検査となりますので、患者様への保険適用の有無等事前説明を必ず行ってください。

また、前処置についても、4ページ・5ページを参考に説明をお願いいたします。

検査に伴う必要書類(P3診療情報提供書・P4検査予約票・P5同意書・他検査画像…など)を患者様に必ずお渡しください。

※当院より検査前日（休みの場合は直近の平日）に検査日時・前処置の確認のため、患者様に直接お電話させていただきます。

必ず連絡の取れる連絡先と希望日時（平日9:00～16:00）をP2診療情報提供書にご明記ください。

④ FAX送付

診療情報提供書をFAXにてお送りください。

FAX番号 03-6859-1720

（電話と同一番号です）

以上で予約の手順は終了です。

※診療情報提供書の記載不備や、保険適応の内容によっては、再度こちらから連絡をさせていただくことがあります。

予約完了

検査結果の送付

患者様の検査結果は、CD-ROMにて専門医による読影レポートと共にお届けいたします。お届けまでのお時間は、最大で1週間程度、頂戴いたします。

(依頼側控) 診療情報提供書 (PET・PET/CT用)

紹介先: 独立行政法人

国立病院機構 東京医療センター

予約電話・FAX番号: 03-6859-1720

予約日時: 年 月 日 () 時 分

(フリガナ)	〒
患者氏名: /性別: M・F	住所:
生年月日: 年 月 日 (歳)	電話番号: /緊急連絡先:
最終確認電話希望日時 (東京医療センターより直接お電話いたします) 月 日 (AM ・ PM)	

*以下の欄へチェック (☑) および記入してください。

① 検査種類	<input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> PET
② 診療種別	<input type="checkbox"/> 自由診療 (<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 効果判定) <input type="checkbox"/> 保険診療
③ 保険区分	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 (PETのみ保険適応、PET/CTは適応外) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌は、保険適応外) <input type="checkbox"/> 大型血管炎

*以下の欄へ保険適用条件である、他の検査の所見や結果を必ずチェック (☑) および記入してください。

⑤ 臨床経過 (できるだけ詳細に記入してください。)		⑥ 他の画像所見 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 () 所見:	
⑦ 病理診断の結果 (できない場合はその理由)	⑧ 腫瘍マーカーの結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高値	*当日持参画像 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑨ 当該疾患の	手術療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終日 年 月 日
治療歴	術式:	放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終日 年 月 日

患者情報	身長	cm	体重	kg	
	現状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (輸液・酸素・導尿・ドレーン) <input type="checkbox"/> その他		閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストッパー	同月の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CT (*Gaシンチ施行月は保険適用外です。)	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *糖尿病薬剤を検査当日に服用 (投与) するのは避けてください。 *検査当日に血糖値が200mg/d l 以上の時は検査を中止する場合があります。			
	下剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		当院来院歴 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
	その他の特記事項 (ADL、コミュニケーション等)				

紹介元医療機関 (所在地、名称、TEL)	年 月 日
名称:	
〒	診療科名:
住所:	
電話番号:	医師氏名:

(検査側控) 診療情報提供書 (PET・PET/CT用)

紹介先: 独立行政法人

国立病院機構 東京医療センター

予約電話・FAX番号: 03-6859-1720

予約日時: 年 月 日 () 時 分

(フリガナ)		〒	
患者氏名:	/性別: M・F	住所:	
生年月日:	年 月 日 (歳)	電話番号:	/緊急連絡先:
最終確認電話希望日時 (東京医療センターより直接お電話いたします) 月 日 (AM ・ PM)			

*以下の欄へチェック (☑) および記入してください。

① 検査種類	<input type="checkbox"/> PET/CT	<input type="checkbox"/> PET
② 診療種別	<input type="checkbox"/> 自由診療 (<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 効果判定)	
	<input type="checkbox"/> 保険診療	
③ 保険区分	<input type="checkbox"/> てんかん	
	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 (PETのみ保険適応、PET/CTは適応外)	
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌は、保険適応外)	
	<input type="checkbox"/> 大型血管炎	

*以下の欄へ保険適用条件である、他の検査の所見や結果を必ずチェック (☑) および記入してください。

⑤臨床経過 (できるだけ詳細に記入してください。)			⑥他の画像所見		
			<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()		
			所見:		
⑦病理診断の結果 (できない場合はその理由)			⑧腫瘍マーカーの結果		
			<input type="checkbox"/> 正常		
			<input type="checkbox"/> 高値		
⑨当該疾患の			*当日持参画像		
手術療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最終日 年 月 日
治療歴	術式:		放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最終日 年 月 日

患者情報	身長	cm	体重	kg		
	現状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (輸液・酸素・導尿・ドレーン) <input type="checkbox"/> その他			閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストリッシャー		同月の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CT (*Gaシンチ施行月は保険適用外です。)	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *糖尿病薬剤を検査当日に服用 (投与) するのは避けてください。				
		*検査当日に血糖値が200mg/d l 以上の時は検査を中止する場合があります。				
	下剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			当院来院歴 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
	その他の特記事項 (ADL、コミュニケーション等)					

紹介元医療機関 (所在地、名称、TEL)	年 月 日
名称:	
〒	診療科名:
住所:	
電話番号:	医師氏名:

予約日時： 年 月 日 () 時 分

(フリガナ)	〒
患者氏名： /性別：M・F	住所：
生年月日： 年 月 日 (歳)	電話番号： /緊急連絡先：
最終確認電話希望日時 (東京医療センターより直接お電話いたします) 月 日 (AM ・PM)	

検査を受けられる患者様は必ずお読みください

- 来院時には初診窓口・再診窓口にお寄り頂き、窓口の者にPET/CT検査で来院したことを、お伝えください。(受付を済まし検査20分前までに核医学センターまでお越し下さい。)

①初診窓口 : 8:40~10:45予約の患者様

②再診窓口 : 11:00以降予約の患者様

●検査当日にお持ちいただくもの

① PET/CT検査予約票 (本状)

② 診療情報提供 (検査側控)

③ PET/CT検査の説明同意書

④ 健康保険証 (保険証を忘れると自費扱いとなります)

⑤ 主治医から預かったCT, MRIなどの画像

⑥ ペットボトル500mlの水またはお茶1, 2本

●移動や着替えに介助が必要な場合は、必ず介助の方をお願い致します。

●検査前のお食事は検査予約時刻の5時間前までに済ませて下さい。

水分は摂ってかまいませんがジュースのように糖分を含んでいる物は避けてください。点滴を行っている場合は糖分の含まれていない内容に切り換えてください。

*検査予約時刻の5時間前以降に食事をされた場合、または検査前の血糖値が高い場合に検査を中止させていただく場合があります。

●検査当日のお薬

検査当日は糖尿病治療薬(血糖降下剤、インスリン)は使用しないでください。

その他、治療中の方は治療先の主治医の先生に必ずご確認ください。

●運動の制限

検査前日より、運動は制限してください。

自転車に乗る・ジョギング・テニス・ゴルフなどの過度な運動はお控えください。

●検査のキャンセルについて

PET検査はあらかじめ薬剤を用意して実施致します。この薬剤は寿命がたいへん短く、高価であるため当日の検査のキャンセルをお断りしております。また検査時刻に遅れると検査できないことがあります。キャンセルやご予約の変更が生じた場合には事前にご連絡をお願い致します。

(核医学センターから検査前日(休みの場合は直近の平日)に確認のため電話をさせていただきます。)

ご了解ください。

●検査当日当院でお会計が発生します。お会計のご用意をお願い致します。

PET検査は一定の要件を満たした場合のみ健康保険が適用されます。

保険適用の可否については主治医にご確認ください。

PET/CT検査に関する説明および同意書

1. 検査の所要時間

通常開始から終了まで約2～3時間（注射後約1時間の安静後、約30分の撮影）を予定していますが、種々の事情により延長する場合があります。

2. PET/CT検査

この検査では、18F-FDGという、ごく少量の放射性物質を含んだ「薬」検査用ブドウ糖を静脈に注射します。その後、全身の臓器・組織に集まる様子を撮影して、悪性腫瘍や炎症の有無・範囲などを調べます。がん細胞は、正常細胞に比べて多くのブドウ糖を細胞内に取り込んで消費します。この性質を利用して、ブドウ糖が多く集まる場所をつきとめ、発育の早い「がん」を発見します。

3. 診断精度

PET検査は革新的ながんの検査法ですが、完璧というわけではありません。例えば炎症性疾患、甲状腺腫や大腸ポリープなどの良性疾患にも「薬」の集積が認められる場合もあります。悪性度の低いがんや一部がん化しているなど、がん細胞の占める割合の少ない腫瘍では検出されない可能性があります。また、臓器の生理的な機能によっては正常でも薬が集まる場合があります。

4. PET/CT検査に使用のお薬（FDG）と放射線被ばくについて

この検査で静脈注射する「薬」は、ブドウ糖に放射性物質を標識したもので18F-FDGといます。またFDGはPET検査で一般的に使用されている薬であり、現在まで、重篤な副作用の報告はありません。放射能を持つ「薬」であることから、少量の放射線被ばくを受けます。CTを同時に行うとCT検査分の放射線被ばくが加わります。これにより将来にわたって起こりうる放射線障害を心配する必要はありません。

5. 費用

この検査の保険適用は、一部の疾患について、定められた一定の要件を満たした場合に限られます。当院では、慎重に個々の状況を検討しますが、健康保険適用の条件をどうしても満たさない場合には、その理由を説明し、ご希望であれば自費にて検査を施行いたします。

【保険適用の場合】

PET単独 約25,000円

PET/CT 約30,000円

* 3割に相当する上記の金額をご負担いただきます

【自由診療の場合】

PET単独 110,000円（税込み）

PET/CT 132,000円（税込み）

* 全額のご負担となります

6. その他

検査結果の説明は主治医が行います。結果に関するお問合わせは全て主治医にお尋ねください。

以上の説明を十分に理解したうえで、検査へ同意されましたら以下の同意書にご署名をお願いします。なお、ご不明な点がありましたら核医学センターにご相談ください。

.....
上記の検査について、担当医から説明を受け内容を良く理解しましたので同意いたします。

署名年月日： 西暦 年 月 日

患者様 署名：

（患者様が未成年あるいは意識障害などの場合のみ代理人の方のご署名と続柄を記載）

代理人 署名：

続 柄：

説明担当医 署名：

検査予約をする時の注意事項

1.検査の申し込み方法について

- 1) 主治医の先生は、依頼される内容が保険適用に該当することを確認し、次にPET単独かPET/CTを希望されるかを決め、その他の必要事項を依頼状に記入してください。保険適用については「保険適用される要件」「保険適用を判断するポイント」を参考にして下さい。PET単独、PET/CTのいずれがより望ましいかは目的、部位により異なります。
 - ① 悪性腫瘍の病期、転移、再発診断にはPET/CTの方がPET単独に比べて診断精度が高い。
 - ② 解剖学的に複雑な部位はPET/CTが望ましい（頭頸部癌、膵癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、食道癌など）。
 - ③ リンパ節転移を確認したい場合、PETとCTを別々に行って相互を比較するより、PET/CTの融合画像を用いる方が診断精度が高い。
 - ④ 心臓の検査はPET単独でのみ行う（必須）。

2.検査を受けるにあたっての注意事項

1) ブドウ糖摂取の制限

検査5時間前以降の食事、糖分含有の飲料ならびに点滴は中止して下さい。PET検査が午前中の場合には朝食中止、午後の場合には朝食半分・昼食中止して下さい。

2) 糖尿病

空腹時血糖値200mg/dl以上では原則として検査はできません。また当日の朝はインスリン、経口糖尿病剤（内服）を使用しないで下さい。インスリンを使わずに200mg/dl以下となるように食事制限などで調整して下さい。

3) 検査後、周囲の人へ接触

妊婦と10歳以下の子供との接触はPET検査終了後、可能な限り2時間空けて下さい。

4) 鎮静や介助を要する場合

移動に介助が必要な場合は、介助に伴う被ばく（胸部単純X線撮影1回分程度）について同意が得られた介助者（患者ご家族あるいは依頼主治関係者）を準備して下さい。鎮静が必要な患者には、撮影中における約30分間の完全な体動抑制ができるように担当医師が同席し、鎮静処置等が行える準備をお願いします。

5) 妊産婦の場合は検査できません。

3.お支払いについて

【保険適用の場合】

PET単独 約25,000円

PET/CT 約30,000円

* 3割に相当する上記の金額をご負担いただきます

【自由診療の場合】

PET単独 110,000円（税込み）

PET/CT 132,000円（税込み）

* 全額のご負担となります

※お支払いは現金、もしくはJCB、VISA、国内発行のAMEXクレジットカード
がご利用いただけます。

保険適用に関する注意事項（医療機関用）

I. 保険適用される要件

1) てんかん

難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用。

2) 虚血性心疾患

虚血性心疾患による心不全患者でバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る。

※心筋はPETに限ります。PET/CTは保険適用不可です。

3) 悪性腫瘍（早期胃癌を除く）

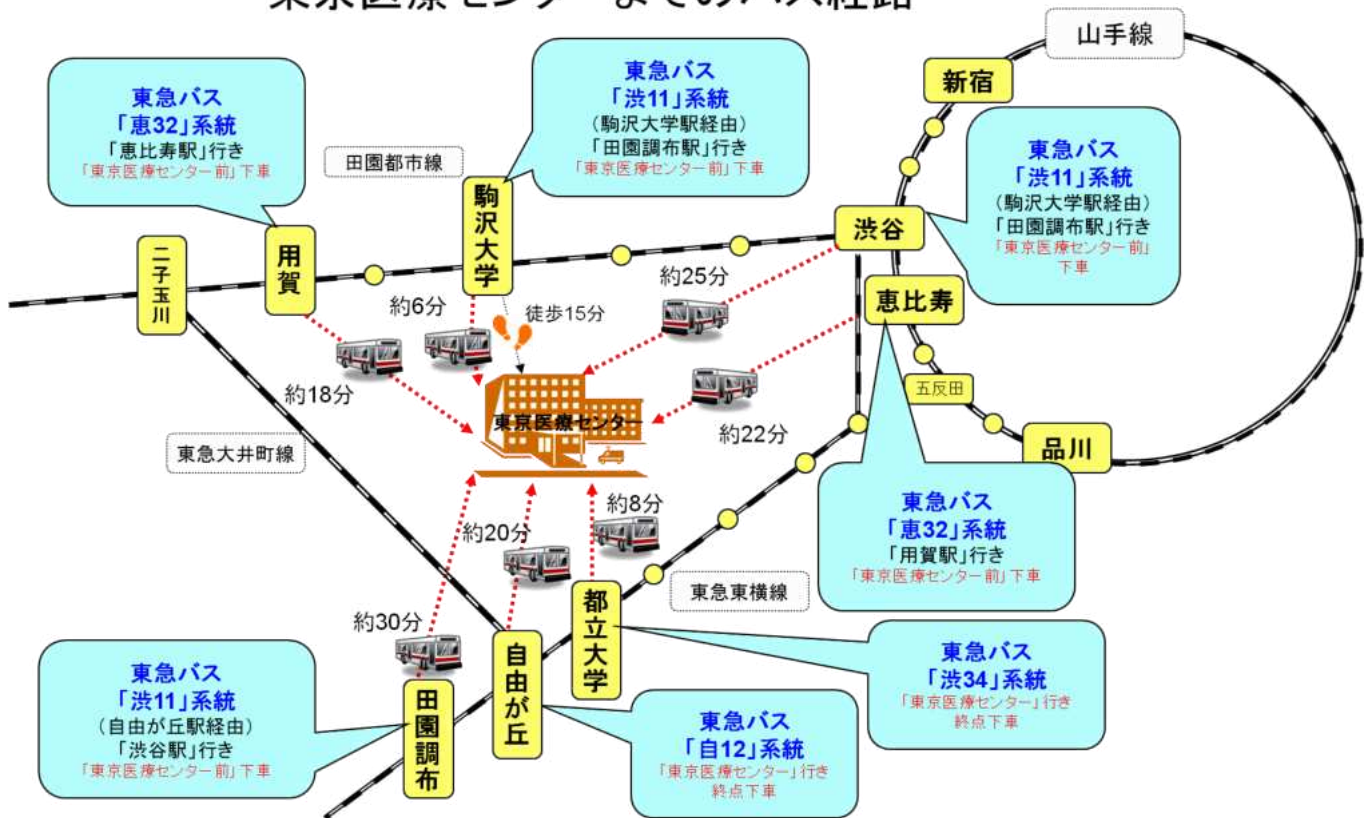
他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

4) 大型血管炎（高安動脈炎と巨細胞性動脈炎）

II. 保険適用を判断するポイント

- ① **悪性腫瘍の鑑別診断**には、使用できなくなりました。
- ② **悪性腫瘍であることが診断**されていないと検査はできません。
- ③ 病期、転移、再発の目的で適用となるのは、他の検査を行って診断がつかない場合です。
- ④ 同一月内に**ガリウムシンチグラフィ**が行なわれている場合、PET・PET/CT 共に保険適用になりません。
- ⑤ 大型血管炎の適応は**大型血管炎と診断がついている患者**の、病変の局在または活動性の診断です。不明熱の鑑別診断や疑い症例での診断目的の検査は適用になりません。

東京医療センターまでのバス経路



核医学センターへの順路

