

PET検査受診申込み用紙(保険・自費診療)

必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。

ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
				身長・体重	身長	cm	体重	kg
郵便番号	〒							
住所								
電話番号	自宅				FAX			
	他連絡先(携帯)							
勤務先等	会社名							
	電話番号				FAX			
紹介元 医療機関	医療機関名							
	主治医		科				先生	
検査予約日	平成 年 月 日() 午前・午後 _____時_____分							
特記事項								

保険適応疾患一覧 (該当する疾患番号に を付けて下さい)

. 悪性腫瘍			. 心疾患		
1. 肺癌	6. 悪性黒色腫	11. 食道癌	14. 虚血性心疾患		
2. 乳癌	7. 脳腫瘍	12. 子宮癌			
3. 大腸癌	8. 膵癌	13. 卵巣癌	. 脳疾患		
4. 頭頸部癌	9. 転移性肝癌		15. てんかん		
5. 悪性リンパ腫	10. 原発不明癌				

保険適応外の場合の病名	
-------------	--

医療法人慈風会 厚地記念クリニック PET 画像診断センター
〒892-0841 鹿児島市照国町 12-1
電話：099-226-8871 FAX：099-226-8872
e-mail：atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp

様

受診日：平成 年 月 日（ ）： ～

PET検査を受診される方へ（保険適応外）

1. 完全予約制となっております。主治医の紹介状とフィルムをお持ち下さい。
2. 検査開始時間の15分前には、ご来院され2F受付までお越し下さい。
3. ご都合により検査を受けられない場合は、前々日までにご連絡をお願いします。（受診前日に、予約等の再確認のお電話をいたします。）
4. 精密機器により薬剤を合成しております。機器の調整上、**時間通りに検査ができないことや延期させて頂く場合**があることをあらかじめご了承下さい。
5. 当院では、受診者に安心して検査を受けていただくために、個人情報の取扱いに関して、万全の体制で取り組んでおります。当院における個人情報の保護方針、利用目的を院内のポスター及び当院ホームページに掲載いたしておりますので、受診の際にご確認下さるようお願いいたします。**特にお申し出がない場合は、同意を得たものとして取扱わせていただきます。**詳細が必要な方、またご不明な点がございましたらお問い合わせ下さい。

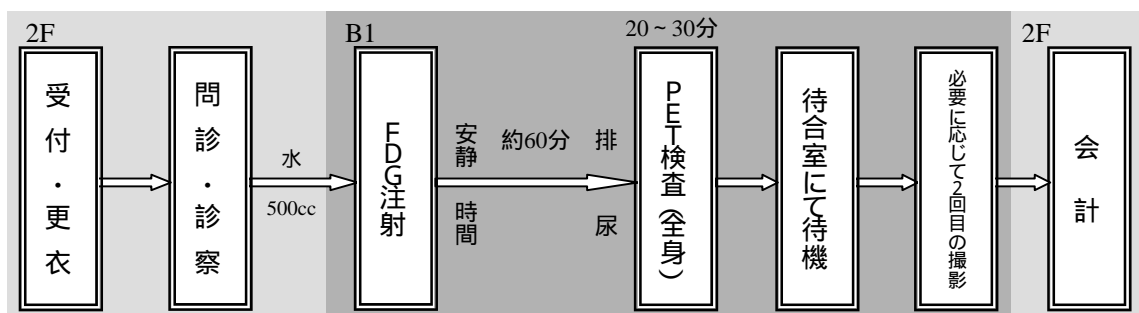
《受診上の注意点》

1. **検査前6時間は絶食**して下さい。白湯、お茶など糖分の入っていないものは飲まれてかまいません。常用薬も服用されてかまいません。（糖尿病の方は、ご相談下さい。）
持続点滴をされている方は、検査の6時間前に生理食塩水へ変更して下さい。
2. 「問診票」に記入し、「説明書」に目を通し、検査当日に持参して下さい。

当日持ってくるもの

1. 主治医からの紹介状・X線フィルム等
2. 問診票
3. 診療費用（8万円）

3. 検査内容（2時間程度かかります。）



医療法人慈風会

厚地記念クリニック PET画像診断センター

〒892-0841 鹿児島市照国町12-1（厚地脳神経外科とは別場所になります。）

電話（099）226-8871 FAX（099）226-8872

予約メール atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp

駐車場は当クリニック1階になります。

FDG-PET 検査についての説明書（保険診療・自費診療受診者用）

医療法人慈風会 厚地記念クリニック

・ FDG - PET 検査について

1 . 検査の方法

この検査は、フッ素-18 (^{18}F) という放射性同位元素で標識されたフルオロデオキシグルコース (FDG) の 100 ~ 200MBq を注射し、一時間の安静後約 30 分間全身の断層画像を撮影します。検査は撮影中に安静に寝ているだけで終了します。

2 . 注意事項

検査前 6 時間は絶食して下さい。

注射から撮影開始まで安静回復室のベッドで、目を閉じて安静にして下さい。

撮影に呼ばれたら、トイレで排尿して下さい

撮影中は台の上で動かないようにして下さい。

3 . 検査の安全性と危険性

当院で使用する FDG は、日本アイソトープ協会「サイクロトロン核医学利用専門委員会が成熟技術として認定した放射性薬剤の基準」及び日本核医学会「院内製造された FDG を用いて PET 検査をおこなうためのガイドライン」に準拠し、住友重機製サイクロトロン MINITrace と住友重機械製 FDG 合成装置 F100 を用いて院内施設で使用当日に合成した後、品質試験に合格したものを我们用います。尚、FDG 合成装置 F100 は、厚生労働省の医療用具として承認されたものです（薬事承認番号 21400BZZ00094000）。

線量は、一回あたり約 2 ~ 4mSv (ミリシーベルト) で X 線 CT 検査よりも少ない量です。この線量で放射線障害が起こることはありませんので安心して下さい。

4 . 検査の適応

保険診療では、15 の適応疾患がありかつその条件も厳密に決められています。この条件に合わない時は、検査代が自己負担となる場合がありますので事前にご了解お願いします。

・ 同意について

上記の説明を受けた後、充分納得した上で、検査を受けることに同意して下さい。

院長 陣之内 正史

PET 検査 問診票 (保険診療・自費診療用)

回答日： 年 月 日

氏名： 身長： cm 体重： kg

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問 1 . ご病気について、主治医の先生から受けた説明を教えてください。

(ア) 病名

(イ) 治療内容

(ウ) PET 検査の目的

問 2 . 手術を受けたことがありますか。

ない

ある いつ (年 月)

臓器 ())

診断 ())

問 3 . 血糖が高いと言われたことがありますか。

はい いいえ

問 4 . ご家族 (血族の方) に次の病気の方がいらっしゃいますか。

1 . 糖尿病 いいえ、はい どなたの ())

2 . がん いいえ、はい どなたのどこの ())

問 5 . 喫煙・飲酒の習慣について教えて下さい。

・タバコ 吸わない 吸う (1日__本 __年)

・アルコール 飲まない 飲む (毎日 ・ 時々)

