



公立大学法人 **福島県立医科大学**

**ふくしま国際医療科学センター**

**P E T 検査室**

**P**ositron **E**mission **T**omography

**PET/CT・PET/MRI検査  
予約の手引き**



医療機関様用

# 予約から検査結果が届くまで

## 予約当日

(予約申込手順と費用概要は次ページにあります)

- PET検査室に予約の電話またはFAXをしていただき、予約日時の調整をおこないます。
- 診療情報提供書(別紙参照)に必要事項を記入して、PET検査室にFAXしてください。
- 「FDG-PET検査を受けられる患者さんへ」(別紙参照)を用いて患者さんに日時・前処置の確認をしていただき、患者さんにお渡し願います。

## 検査前日

- PET検査室より患者さんの携帯電話もしくは患者さん宅に注意事項等の再確認のためお電話をいたします。

## 検査当日

- 患者さんは必要書類をお持ちの上、当大学附属病院総合受付にて受付をおこなっていただきます。
- 受付後、患者さんはPET検査室に移動し、PET検査を受けていただきます。
- 検査終了後、患者さんは会計を済ませてからお帰りいただきます。

## 検査結果

- 原則検査日の翌診療日に検査報告書(報告書、DVD)を紹介医療機関様へ発送いたします。

公立大学法人 福島県立医科大学 ふくしま国際医療科学センター

PET検査室

TEL. (FAX) 024-547-1383

受付時間(8:30~17:00)

# 予約申込手順と費用概算

- ① PET検査室まで電話またはFAXをいただき、日時の調整をします。

TEL.&FAX (PET検査室受付)

**024-547-1383** 受付時間 (8:30~17:00)

※保険診療適用の判断に困った場合はご相談ください。  
(別紙参照: FDG-PET/CT・PET/MRIの健康保険適用)

- ② 診療情報提供書(別紙参照)を記入後、PET検査室へFAXしてください。また原本は患者さんにお渡しいただき、当日PET検査室までお持ちくださるようご説明をお願いします。
- ③ 依頼元の医師より、患者さんに以下の説明・確認をお願いいたします。
- ✓ 費用
  - ✓ 検査日時
  - ✓ 検査当日(または前日)のお薬や食事制限等の説明  
(「FDG-PET検査を受けられる患者さんへ」(別紙参照)をご使用願います)
  - ✓ 検査当日は健康保険証と診療情報提供書をご持参の上、当大学附属病院総合受付においていただき、PET検査終了後は代金をお支払いいただきお帰りいただくこと

費用(保険診療適用とならない場合は、自費診療もしくは検査をお断りいたします)

## 保険診療適用疾患

### 一般医療の場合

自己負担額3割

**30,000円程度**

### 後期高齢者(75歳以上)の場合

高所得者 自己負担額3割

**30,000円程度**

年金所得等 自己負担額1割

**10,000円程度**

## 保険診療適用外

### 自費診療の場合

PET/CT検査 : 105,000円程度

PET/MRI検査 : 110,000円程度

# 診療情報提供書（記入例）

<https://www.fmu.ac.jp/home/acrc/inspect> より入手可能

## 記入例 診療情報提供書（兼 PET検査依頼書）

公立大学法人福島県立医科大学附属病院 御中

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：福島市光が丘

名称：福島県病院

医師名：医大 太郎

赤枠は記入漏れが多い箇所です。送信前に確認してください。

患者情報	フリガナ フクシマ シロウ	生年月日	1964年 6月 10日
	氏名 福島 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	直近体重※必須 65kg
	住所 福島市光が丘1番地	西暦でお願いします。	
	電話番号 024(547)1111	※携帯電話番号 080(0000)0000(妻)	

本人の番号でない場合は続柄を記入願います。

臨床診断名	PET/CT・PET/MRIの両方検査可能	PET/CTのみ検査可	
	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input checked="" type="checkbox"/> 縦隔/胸膜癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 直腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肝臓癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌	
IC状況	<input checked="" type="checkbox"/> 病名(疑い)告知済み <input type="checkbox"/> 未告知※患者本人へのIC内容の記載が必須です		
病理診断	<input checked="" type="checkbox"/> あり( <input checked="" type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BF/GIF/CF <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし(検体採取不可だが蓋然性は有り)		
目的	<input checked="" type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他( )		
種別	<input checked="" type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> PET/MRI	<input type="checkbox"/> 撮影や部位に関する特記事項 <input checked="" type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療( )	
検査不可項目	<input checked="" type="checkbox"/> 下記項目に該当項目がない事を確認済み ●閉所恐怖症や仰臥位での静止不可能(PET/CT 30分・PET/MRI 60分程度) ●空腹時血糖値 200mg/dL以上 ●[PET/MRIのみ]MRI撮影できない体内金属がある		
確認事項	<input type="checkbox"/> 自力での歩行や移動が不可能 ※付添い必須です <input type="checkbox"/> 認知症あり ※付添い必須です <input type="checkbox"/> 糖尿病あり ※下記を記入してください 血糖値と測定日： HbA1Cと測定日： 治療薬剤名：	<input type="checkbox"/> 体内金属あり(留置物： <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤あり(薬剤名： <input type="checkbox"/> アレルギーあり( <input type="checkbox"/> 喘息あり <input type="checkbox"/> G-CSF製剤使用あり(使用日： <input type="checkbox"/> 点滴/ドレーン類挿入あり	
既往歴 手術歴	<input checked="" type="checkbox"/> 添付資料参照 <input type="checkbox"/> 既往歴および手術歴なし		
実施済の 画像検査	<input checked="" type="checkbox"/> CT 2021年 8月 部位 胸 <input type="checkbox"/> XP 年 月 部位	<input type="checkbox"/> MRI 年 月 部位 <input type="checkbox"/> その他( ) 年 月 部位	
症状経過、治療経過、現在の処方、画像診断(日時)、腫瘍マーカー等の検査結果情報、IC情報など ※必須 <input checked="" type="checkbox"/> 添付資料参照 今年度の健診により見つかった腫瘍です。過去の健診と比較し腫瘍が増大しているため悪性の可能性もあります。			
PET検査を行わなかった場合の経過 ※必須項目となりました PET検査を行わないと腫瘍の悪性度が判断できず術式が確定しない。			
<<<下記は医科大学の使用欄です>>>			
検査オーダー入力医師	オーダー確認	DVDチェック	ID
年 月 日 医師名			

病理診断「あり」の場合は、該当項目にチェックを入れてください。

チェック漏れ注意

確認事項は、該当あればチェックを入れてください。

部位の記入漏れ注意願います。

# FDG-PET検査を受けられる患者さんへ (見本)

<https://www.fmu.ac.jp/home/acrc/inspect> より入手可能

(他医療機関患者さん用)

様  
FDG-PET検査を受けられる患者さんへ

検査日時 年 月 日 ( ) 時 分

● 県立医大病院 総合受付窓口 に 時 分までにお越しください  
● 「診療情報提供書PET検査依頼書」をお持ち下さい。  
○ PET/CT の所要時間はおよそ2時間です (撮影時間はおよそ20~30分)  
○ PET/MRI の所要時間はおよそ3時間です (撮影時間はおよそ60~90分)  
※検査前には4時間以上の糖分制限が必要です。  
以下の点にご注意ください。場合によっては、検査が出来ないことがあります。

	検査前日	検査当日
食事	お酒、ビールなどのアルコール類は飲まない 朝食後から検査終了まで何も食べない	12:30~12:25までの予約時間の方 朝食は8時までには終わる 朝食後から検査終了まで何も食べない
お薬	下剤：使用しない 糖尿病の薬/インスリン注射：使用しない	下剤：使用しない 糖尿病の薬/インスリン注射：朝食の際使用する お昼の分は使用しない
その他	筋肉に負担がかかる運動は避ける	

検査当日の流れ

総合受付窓口で受付 (①受付窓口) → PET検査室へ → 検査終了後 会計

○検査前に医大PET検査室より検査の確認のためご連絡を申し上げます  
○検査の不明な点については、医大PET検査室までお問い合わせ下さい  
○検査のキャンセルは前日(月曜検査の場合は金曜)の午後3時までにご連絡下さい  
○検査時間に遅れると検査が出来なくなる場合があります  
○ご連絡先  
福島県立医科大学 PET検査室 電話:024-547-1382 (受付時間 9:30~17:00)

公立大学法人 福島県立医科大学 PET検査室

(他医療機関患者さん用)

別紙

入院患者さんのFDG-PET検査の場合は、上記に加え以下の点にご留意願います。

- 検査当日は患者さんの状態を把握された医師または看護師がご同行ください。
- 検査所要時間はPET/CTでおよそ2時間(撮影時間はおよそ20~30分)、PET/MRIでおよそ3時間(撮影時間はおよそ60~90分)です。その間、ご同行された医師または看護師の方は待機をお願いいたします。
- 患者さんはボタンや金具のない服装をお願いします。
- 持続点滴が必要な方は、検査4時間前から糖分が入っていない輸液に変更してください。また、輸液ラインは2m以上でお願いします(へばロックでも可)
- 当日は以下の書類を必ず持参してください。
  - 診療情報提供書PET検査依頼書
  - 入院基本料がわかるもの(任意様式)

※患者さんの検査前管理について十分にご留意下さい。  
管理状況によっては、検査が出来ないことがありますのであらかじめご了承ください。

公立大学法人 福島県立医科大学 PET検査室



表面: 検査当日までの注意事項です。

2枚目: 入院患者さんを検査される場合はこちらの注意事項もご覧下さい。

裏面: 福島県立医大PET検査室までの地図と道順です。

※心臓サルコイドーシスFDG-PET検査の場合には、別途ご相談ください。

# FDG-PET/CT・PET/MRIの健康保険適用

## PET/CT

悪性腫瘍 (早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)	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。(CT以外の検査を行ったが確定できない場合)
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する。
心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリ ティ診断(他の検査で判断のつかない場合に限る。)、心サルコ イドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサル コイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エ コー所見を認める場合に限る。)又は心サルコイドーシスにお ける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において、他の検査で病変の局在又 は活動性の判断がつかない患者に使用する。

※ 腫瘍形成性膵炎の鑑別、原発不明癌を含め、生検が困難な場合は、悪性腫瘍の臨床診断で問題ありません。

## PET/MRI

悪性腫瘍 (脳、頭頸部、縦隔、胸膜、 乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、 子宮、骨軟部組織、造血管器、 悪性黒色腫)	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。(MRI以外の検査を行っ たが確定できない場合)
--	---

### 【健康保険適用症例の選択基準】

- ✓ 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。
- ✓ 上記が困難な場合には、臨床病歴、身体所見、PET検査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もって悪性腫瘍と診断される患者であること。

# FDG-PET検査の主要装置紹介



- シーメンスヘルスケア株式会社製  
PET/CT装置 Biograph mCT
- ✓ CT側128Ch, PET側体軸方向視野21.8cmで検査時間を低減
  - ✓ TOF,PSF等が実装されており最新の画像処理で精度の高い診断に寄与することが可能

- シーメンスヘルスケア株式会社製  
PET/MRI装置 Biograph mMR
- ✓ 本邦初導入の装置で、現在でも国内で保険診療に使用されている数少ない装置である
  - ✓ MRI側3T, PET側体軸方向視野25.8cmで真の同時収集をおこなえる



- 住友重機械工業株式会社製  
小型サイクロトロン CYPRIS HM-20
- ✓ 陽子20MeV, 重陽子10MeVまで加速可能
  - ✓ FDGで使用される $^{18}\text{F}$ 以外にも、 $^{11}\text{C}$ ,  $^{13}\text{N}$ ,  $^{15}\text{O}$ も製造可能

- 住友重機械工業株式会社製  
放射性薬剤投与器 AI300
- ✓ 正確な投与量、容量を繰返し投与可能
  - ✓ 連続投与方式を採用し、投与準備時間も短い

