

様式1

PET 専用

事前検査用申込書

直通 TEL 及び FAX 024-547-1383

<申込み受付時間> 祝日・年末年始を除く月～金 8:30 から 16:30 まで

※検査を希望される日をお書きいただき、当PET室へできるだけ早くご送信ください。

※時間外申込みにつきましては、翌受付日となりますのでご了承ください。

※検査料確定後、できるだけ早急に別紙「PET検査依頼書」をお送りください。

※患者さんからの直接の申込みはお受けしていません。

予約情報	検査希望日	第1希望日	令和 年 月 日(曜日) 午前・午後
		第2希望日	令和 年 月 日(曜日) 午前・午後
		第3希望日	令和 年 月 日(曜日) 午前・午後
	検査種別	PET/CT ・ PET-MRI	

受検者情報	医大受診歴	有 ・ 無	医大患者ID	
	フリガナ			性別
	氏名	(旧姓)		男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	年 月 日生	歳
	住所	〒 -		
	電話番号	携帯		

依頼元医療機関情報	名称および住所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	診療科名	科
	医師名 ※フルネーム	先生

この事前検査申込書に記載された患者さんの個人情報、福島県立医科大学附属病院およびPET検査室における患者登録及び検査予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意いただいた上でお申し込みください。

様式2

PET検査依頼書(委託検査用)

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：

名称：

電話番号： ()

医師名：

(科) [入院中の場合_病棟名]

患者情報	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	直近体重※必須		
	住所				
	電話番号 ()	※携帯電話番号 ()			
	福島県立医科大学附属病院 受診歴 <input type="checkbox"/> あり (医大患者ID _____) <input type="checkbox"/> なし				

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 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"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期を除く) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシス <input type="checkbox"/> その他()	
種別	<input type="checkbox"/> PET/CT	<input type="checkbox"/> 撮影や部位に関する特記事項	<input type="checkbox"/> 保険診療	
	<input type="checkbox"/> PET-MRI		<input type="checkbox"/> 自費診療()	
目的	<input 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()			
検査不可項目	<input type="checkbox"/> 下記項目に該当項目がない事を確認済み <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 空腹時血糖値 200mg/dL 以上 <input checked="" type="checkbox"/> [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"/> 体内金属あり(留置物：)	
	<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"/> 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 及び 現病歴	<input type="checkbox"/> 添付資料参照 <input type="checkbox"/> 既往歴および手術歴なし		※簡潔な記載で結構です	

<<<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 _____			

PET 検査を受けられる

さんへ

検査日 年 月 日 : 予定

外部医療機関患者用

●検査に関することのご相談は、
何でもこちらまでご連絡ください。

福島県立医科大学附属病院 PET検査室
祝日をのぞく平日8:30~16:30のみ 電話 024-547-1383

様式4

検査前日 月 日

- 筋肉に 負担をかける運動などは検査終了まで避けましょう。
 - ジョギング、水泳、登山
 - 農作業、重いものを持つ
 - 野球、ゴルフ、ボウリング
- お酒は検査終了まで禁止です。
- 下剤は検査終了まで使用しないでください。
 - その他の薬は医師の指示通りに飲んでください。
- 当日持っていく書類の確認
 - 「PET 検査依頼書(委託検査用)」
 - この用紙「PET 検査を受けられる…」
 - あなたの「保険証」
 - ペースメーカーがある方は「手帳」を忘れずにお持ち下さい。
- PET 検査室より確認の電話を差し上げます。
 - 検査日が休日明けの場合は休日前の平日に連絡いたします。
- ※心臓サルコイドーシス検査の方は検査予約時間の 18 時間前から禁食です。

検査当日 月 日

- ※心臓サルコイドーシス検査の方は、検査終了まで禁食継続です。
- 検査予約時間が 12:30 より前
 - 朝起きた後から何も食べないでください。
- 検査予約時間が 12:30 より後
 - 朝ごはんは 8:00 までに食べ終えて、そのあとから検査終了まで何も食べないでください。
- 糖尿病の薬やインスリン注射は、食事をとる回分だけ使用してください。
 - その他の薬は医師の指示通りに飲んでください。
- 検査終了までお菓子・果物・ガム・飴など、食べたり舐めたりする物すべて禁止です。
- 水分は味がついていない水のみ、飲んで頂いて結構です。
- 検査 1 時間前までに病院に到着するようお願いいたします。
 - 遅刻すると検査できませんのでご注意ください。

病院に着いたら

- きぼう棟正面玄関近くの総合受付で受付してください。
 - PET 検査室へお越し下さい。
 - 書類を確認します。
 - 問診票の記載をお願いします。
 - 予約順で検査にご案内します。
 - 検査終了までは、
 - CT=検査ご案内から約 2 時間 15 分かかります。
[CT 撮影時間は 20~30 分です。]
 - MRI=検査ご案内から約 2 時間 15 分から 3 時間かかります。
[MRI 撮影時間は 60~90 分です。]
- ※MRI検査の場合は、アイメイクやネイルアートは予め外してお越し下さい。

※検査後しばらくは患者さんの体からも微量の放射線が出ますので、終了後、約 10 時間は乳幼児や妊婦との密接な接触は避けて下さい。
また人混みを避けて速やかに帰宅し、自宅でお過ごしになることをお勧めしています。

[検査予定日時 年 月 日 :] [医大到着予定時刻 :]

検査キャンセル、検査内容や時間に関することなどのご相談は、下記までご連絡ください。

福島県立医科大学 先端臨床研究センター PET検査室 (平日8:30~16:30のみ)
電話:024-547-1383

検査前日まで	<p><input type="checkbox"/>検査 4 時間前から糖を含む点滴や注射の中止オーダーの確認 ルートキープで持続点滴が必要な場合は酢酸リンゲル液などの糖分を含まない物を接続してください。また三方活栓から患者まで 200cm 以上の長さとなる様にラインを接続してください。ヘパリンナトリウム生食でロックし留置針をキープして頂いても結構です。</p> <p><input type="checkbox"/>欠食オーダーの確認 検査予定時刻が 12:30 までの場合は当日朝欠食。 検査予定時刻が 12:30 以降の場合は当日昼欠食。 併せて、経管栄養・糖分を含む内服薬やゼリー等もご確認下さい。糖類の摂取は検査不可となります。</p> <p><input type="checkbox"/>欠食した分の糖尿病治療薬の中止オーダーの確認 低血糖の予防処置です。また糖尿病薬の使用は FDG 集積を妨げる可能性があります。</p> <p><input type="checkbox"/>前日から検査終了まで下剤中止 腸粘膜への FDG 異常集積を予防するために必要です。</p> <p><input type="checkbox"/>負荷の強いリハビリテーションの中止 筋負荷による FDG 異常集積を予防するために必要です。</p> <p><input type="checkbox"/>検査同行スタッフの決定 継続している医療行為(点滴・ドレーン類)がある場合は、医師もしくは看護師の同行が必須となります。不明な点があれば PET 検査室までご連絡ください。</p> <p><input type="checkbox"/>入院している病棟の「入院基本料」の確認 医事担当者へ確認してメモなどに記載し、当日 PET 検査室受付までお持ちください。</p>
検査当日	<p><input type="checkbox"/>欠食や検査 4 時間前から糖類停止を再確認</p> <p><input type="checkbox"/>福島県立医科大学附属病院到着時刻確認 検査予定時刻の 1 時間前までの到着をお願い致します。書類などの確認があります。</p> <p><input type="checkbox"/>着用する衣類確認 PET 検査は原則的に PET 検査室で更衣します。ご協力をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>点滴やドレーン類などの準備 これらが移動によって不具合を起こさないよう準備してください。<u>ペースメーカーがある方は必ず手帳をご持参頂かないと院内規定により CT・MRI 問わず撮影できません。</u></p>
出発前・到着後	<p><input type="checkbox"/>携行する書類の確認 ○説明文書・検査承諾書 ○診療情報提供書兼 PET 検査依頼書 ○入院基本料のメモ</p> <p><input type="checkbox"/>福島県立医科大学附属病院 正面玄関より総合受付窓口へお越しください。 書類を確認します。</p> <p><input type="checkbox"/>PET 検査室へ移動してください。</p> <p><input type="checkbox"/>予約順で検査にご案内します。検査終了まで待機をお願いします。 CT はご案内から約 2 時間、MRI はご案内から約 3 時間かかります。</p>

PET検査同意書に関して

当院では、検査当日に患者さんの同意が得られないなどのトラブルが無いよう、各医療機関で確実な同意書の取得をお願いしているところです。取得いただいた同意に関しては、書式など形式は問いませんので同意書として申込書と一緒に提出をお願いいたします。

検査の円滑な運用のため、各医療機関に置かれましては必ず患者さんの同意を得ていただくよう、ご協力よろしくお願い致します。

- * 次頁に当院のFDG-PET検査説明文章・同意書を掲載しましたので必要に応じてご利用ください。

FDG PET/CT 検査 に関する説明文書

1. あなたの病名と病態

- 病名 _____
- 病態 _____

特記事項（併存症やこれまでの検査結果について記入してください。併存症とは、原病とは別に併存している傷病です。例：高血圧、糖尿病）

2. この検査の目的・必要性・有効性

- 検査の目的 _____
- 検査の必要性 _____
- 検査の有効性 _____

特記事項

3. この検査の内容および注意事項

- 検査の手順
 - ・ 検査前は食事を 1 食抜いていただきます。特に検査 4 時間前から検査終了まで、食事と糖分を含んだ飲料は控えてください。あめ、ガムなどもご遠慮下さい。
 - ・ 検査当日は PET 検査室で受付していただいた後、検査着に着替えていただきます。
 - ・ 当日病歴などに関する質問事項がありますので、質問用紙に記入していただきます。
 - ・ 身長体重を測り、血糖値を測定いたします。
 - ・ その後静脈血管を確保させていただきます。
 - ・ 静脈に確保したラインから検査薬（FDG）を注射し、安静室に移動、待機していただきます。
 - ・ 安静室では水分の補給を行っていただきます。
 - ・ 画像に影響するので注射後から検査終了まで水以外の飲食や激しい運動、テレビの視聴、おしゃべりは控えていただきます。
 - ・ 検査前にトイレで排尿していただきます。
 - ・ 注射して約 1 時間後から撮影を開始します。
 - ・ 撮影時間は約 20 分から 30 分です。複数回撮影することがあります。
 - ・ 撮影終了後、検査室内で待機していただき、お帰りいただきます。
- 注意事項
 - ・ 検査に使用する薬の放射能は急速に減少します。検査時刻に遅れるとお薬の効果が弱くなり、検査ができない場合もありますので、**時間厳守**をお願いします。
 - ・ 検査に影響がでるため、検査前日から撮影終了まで激しい運動（ジョギングなど）はお控えください。
 - ・ 普段服用しているお薬は、通常通りに服用して下さい。ただし、糖尿病で血糖降下剤やインシュリン注射をおこなっている方、下剤を服用している方は主治医に相談いただき、原則的に当日は中止してください。
 - ・ 胃や腸のバリウムが残っていると検査に支障を来す恐れがあるので検査前 1 週間はバリウム検査を受けないようご注意ください。

特記事項

4. この検査に伴う合併症とその発生率と発生時の対処

(合併症とは検査がもとになって起こることがある症状や病気のこと)

a. 被ばくについて

- PET 検査では放射性同位元素を使用しており、胃のバリウム検査と同等の約 4 mSv(ミリシーベルト)の被ばくがあります。また同時に行う CT 検査での被ばくが加わり、合計で約 15mSv の被ばくとなります。
- 基本的に妊婦の方や妊娠の可能性のある方には検査は行いません。授乳中の方は薬が乳汁中に移行しますので、24 時間程度は授乳を控えて下さい。検査後しばらくは患者さんの体からも微量の放射線が出ますので、終了後、約 10 時間は乳幼児や妊婦との密接な接触は避けて下さい。

b. 副作用について

- 一般的な副作用はごく稀であり、FDG の主な副作用は気分不良、発熱、嘔吐、血圧低下で、主な臨床検査の異常値は尿潜血陽性、血中 K 増加、尿糖陽性とされています。
- FDG-PET 検査において重篤な副作用の報告はありません。
- CT 検査ではある種の体内にある医療器具が連続的な被ばくによる誤作動の報告があります。また画像が医療器具により劣化します。

特記事項

5. 偶発症発生時の対応

(偶発症とは手術検査に関係なく偶然起こった症状や病気のこと)

- 万が一、偶発症(当該検査に関連しない症候)が起きた場合には最善の処置を行います。なお、その際の医療は通常の保険診療となります。
- 注射液が静脈内に注入されず、皮下等にもれる場合があります。少量の漏れは問題ありませんが、当日の検査ができなくなる場合があります。

6. 代替可能な検査およびそれに伴う合併症・偶発症とその発生率

- 当該検査以外に代替可能な検査は
無 ・ 有 ()
- 有の場合 合併症と発生率を記載

特記事項

7. 何も検査を行わなかった場合に予想される経過

特記事項

8. 患者の具体的な希望

無 ・ 有 ()

9. 検査の同意を撤回する場合

- いったん同意書を提出しても、検査が開始されるまでは、本検査を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。
- 検査薬は特殊な薬品であり、数時間で効力が消失してしまいますので、当日のキャンセルや遅刻は極力お避けください。

10. 検査中の針刺し等発生時の感染症検査

- 万が一、検査中に職員に針刺し等が発生した場合には、職員のその後の健康管理のため患者さんの感染症の検査が必要となります。検査結果の目的外使用はいたしませんし、検査費用は一切かかりませんので、針刺し等が発生した際は、静脈から6cc採血させていただき、B型肝炎(HBs抗原)、C型肝炎(HCV抗体)、後天性免疫不全症候群(HIV抗体)の3項目の検査を行うことをあらかじめご了承ください。

11. 検査関連機器が故障した場合

- FDGを製造する機器やPET/CT装置の故障等により検査ができない場合は、検査を中止します。

12. 連絡先

- 本検査について質問がある場合や、検査(治療)を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【 連絡先 】

住所：福島県福島市光が丘1番地
病院：公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
PET検査室 電話：024-547-1383
*夜間 024-547-1262 (救急センター)

FDG-PET/MRI 検査に関する説明文書

1. あなたの病名と病態

- 病名 _____
- 病態 _____

特記事項（併存症やこれまでの検査結果について記入してください。併存症とは、原病とは別に併存している傷病です。例：高血圧、糖尿病）

2. この検査の目的・必要性・有効性

- 検査の目的 _____
- 検査の必要性 _____
- 検査の有効性 _____

特記事項

3. この検査の内容および注意事項

- 検査の手順
 - ・ 検査前は食事を 1 食抜いていただきます。特に検査 4 時間前から検査終了まで、食事と糖分を含んだ飲料は控えてください。あめ、ガムなどもご遠慮下さい。
 - ・ 検査当日は PET 検査室で受付していただいた後、検査着に着替えていただきます。
 - ・ 当日病歴などに関する質問事項がありますので、質問用紙に記入していただきます。
 - ・ 身長体重を測り、血糖値を測定いたします。
 - ・ その後静脈血管を確保させていただきます。
 - ・ 静脈に確保したラインから検査薬（FDG）を注射し、安静室に移動、待機していただきます。
 - ・ 安静室では水分の補給を行っていただきます。
 - ・ 画像に影響するので注射後から検査終了まで水以外の飲食や激しい運動、テレビの視聴、おしゃべりは控えていただきます。
 - ・ 検査前にトイレで排尿していただきます。
 - ・ 注射して約 1 時間後から撮影を開始します。
 - ・ 撮影時間は約 60 分から 90 分です。複数回撮影することがあります。
 - ・ 撮影終了後、検査室内で待機していただき、お帰りいただきます。
- 注意事項
 - ・ 検査に使用する薬の放射能は急速に減少します。検査時刻に遅れるとお薬の効果が弱くなり、検査ができない場合もありますので、**時間厳守**をお願いします。
 - ・ 検査前日から撮影終了まで激しい運動（ジョギングなど）は検査に影響があるのでお控えください。
 - ・ 普段お使いのお薬の服用については通常通りに服用して下さい。ただし、糖尿病で血糖降下剤やインシュリン注射をおこなっている方、下剤を服用している方は主治医に相談いただき、原則的に当日は中止してください。
 - ・ この検査は非常に強力な磁場の中で検査を行いますので、体に金属物等が装着されていると検査ができないことがあります。検査の際に確認をさせていただきますので、ご協力ください。

特記事項

4. この検査に伴う合併症とその発生率と発生時の対処

(合併症とは検査がもとになって起こることがある症状や病気のこと)

a. 被ばくについて

- PET 検査では放射性同位元素を使用しており、胃のバリウム検査と同等の約 4 mSv(ミリシーベルト)の被ばくがあります。
- 基本的に妊婦の方や妊娠の可能性のある方には検査は行いません。授乳中の方は薬が乳汁中に移行しますので、24 時間程度は授乳を控えて下さい。検査後しばらくは患者さんの体からも微量の放射線が出ますので、終了後、約 10 時間は乳幼児や妊婦との密接な接触は避けて下さい。

b. 副作用について

- 一般的な副作用はごく稀であり、FDG の主な副作用は気分不良、発熱、嘔吐、血圧低下で、主な臨床検査の異常値は尿潜血陽性、血中 K 増加、尿糖陽性とされています。
- FDG-PET 検査における重篤な副作用の報告はありません。
- ある種の金属物等が体に装着されている場合は MRI 検査によって火傷を負う場合があります。さらに画像が金属物等により劣化する可能性があります。

特記事項

5. 偶発症発生時の対応

(偶発症とは検査に関係なく偶然起こった症状や病気のこと)

- 万が一、偶発症(当該検査に関連しない症候)が起きた場合には最善の処置を行います。なお、その際の医療は通常の保険診療となります。
- 注射液が静脈内に注入されず、皮下等にもれる場合があります。少量の漏れは問題ありませんが、当日の検査ができなくなる場合があります。

6. 代替可能な検査およびそれに伴う合併症・偶発症とその発生率

- 当該検査以外に代替可能な検査は
無 ・ 有 ()
- 有の場合 合併症と発生率を記載

特記事項

7. 何も検査を行わなかった場合に予想される経過

特記事項

8. 患者の具体的な希望

無 ・ 有 ()

9. 検査の同意を撤回する場合

- いったん同意書を提出しても、検査が開始されるまでは、本検査を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。
- 検査薬は特殊な薬品であり、数時間で効力が消失してしまいますので、当日のキャンセルや遅刻は極力お避けください。

10. 検査中の針刺し等発生時の感染症検査

- 万が一、検査中に職員に針刺し等が発生した場合には、職員のその後の健康管理のため患者さんの感染症の検査が必要となります。検査結果の目的外使用はいたしませんし、検査費用は一切かかりませんので、針刺し等が発生した際は、静脈から6cc採血させていただき、B型肝炎(HBs抗原)、C型肝炎(HCV抗体)、後天性免疫不全症候群(HIV抗体)の3項目の検査を行うことをあらかじめご了承願います。

11. 検査関連機器が故障した場合

- FDGを製造する機器やPET/MRI装置の故障等により検査ができない場合は、検査を中止します。

12. 連絡先

- 本検査について質問がある場合や、検査を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【 連絡先 】

住所：福島県福島市光が丘1番地
病院：公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
PET検査室 電話：024-547-1383
*夜間 024-547-1262 (救急センター)

