

PET-CT 検査要項

I. 装置概要

当科の PET-CT 撮影装置は、GE Yokogawa Medical System 社製 Discovery ST 2004 年型です。

II. 検査・撮影目的

FDG(フルオロデオキシグルコース)を投与し、がん細胞に集積した FDG を PET 装置にて撮像。その直前に撮影した CT 画像と重ね合わせることで、病巣部の位置をより正確に特定するのが主な目的です。

III. 依頼前の注意点

- ・ 保険適用の場合、依頼内容が保険適用要件表の項目に一致するか、よく確認して下さい。
- ・ 自費の場合、基本コースとプレミアムコースがあります。

	基本コース	プレミアムコース
問診等	○	○
血糖値・体重	○	○
PET-CT	○	○
血液一般 (注1)		○
腫瘍マーカー (注2)		○
肝炎ウイルス		○
検便 (便潜血)		○
内臓脂肪面積測定	○	○
料金 (税込み)	97,200円	108,000円

注1：肝機能・腎機能・脂質・血糖値など

注2：男性 (PSA・CEA・CA19-9) の3項目 女性 (CA125・CEA・CA19-9) の3項目

- ・ PET-CT 検査区域内の設備では、**状態が悪い患者様、監視が必要な患者様**の対応ができませんので、依頼を受けることができません。
- ・ 検査担当職員の被曝増大になりますので、**介助が必要な患者様 (特に排尿時)、ストレッチャーの患者様、おしめを使用している患者様**は依頼を受けることはできません。
- ・ **閉所恐怖症の方、認知症の方、30分の仰臥位姿勢ができない方**は検査できない場合があります。

- ・ **糖尿病の方など血糖値が高い方（180mg/dl 以上）は検査精度がかなり落ちます**ので、注意してください。
- ・ 患者様が女子である場合（妊娠可能な女子）には必ず**妊娠の可能性がないこと**の確認をお願いします。
- ・ 検査は月曜日～金曜日となっております。
- ・ 検査は受付から終了まで**約 3 時間**です。
- ・ 検査日時に合わせて FDG 薬剤を事前発注しますので、**キャンセルの場合はできるだけ早目に連絡**ください。

IV.オーダー方法（オーダーから結果報告までの流れ）

① 電話で予約をしてください。

TEL： 072-958-1000 （PET-CT 室受付 内線 1060）

- ・ 検査内容をお伝えください。
- ・ 患者様の状態について、こちらからいくつか質問させていただきます。
- ・ 検査日時を決めます。
- ・ 患者様の氏名、性別、生年月日、連絡先電話番号をお伝えください。
- ・ ご予約のお電話は、平日の 9 時～16 時の時間帯にお願いいたします。

②患者様に以下の説明をおねがいします。

- ・ 『②PET-CT 検査説明書および同意書』をもとに検査のインフォームドコンセント。
- ・ 当日お持ちいただくもの。
『①診療情報提供書（PET-CT 検査依頼票）』、『②PET-CT 検査説明書および同意書』、『③PET-CT 検査予約票』、保険証、参考フィルム。
- ・ 検査当日の予約時間の **30 分前に来院**し、『1階 総合案内』で先に会計後、『1階 放射線科受付』→『地下1階 PET-CT 検査受付』にお越しいただくこと。

③ ファックスにて送信して下さい。

- ・ 『①診療情報提供書（PET-CT 検査依頼票）』に記載後、ファックスにて送信してください。

FAX : 072-958-5210

- ・ 患者様に『①診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼票)』と『②PET-CT 検査説明書および同意書』と『③PET-CT 検査予約票』と参考フィルムをお渡してください。

④ 結果報告について。

- ・ 所見は直接に配送または郵送させていただきます。
- ・ 画像データとしてカラープリントと CD-R も同封させていただきます。

V.検査・撮影中の連絡対処について

- ・ 撮影中に不測の事態や確認等の必要が生じた場合には下記の順で連絡・対処させていただきます。
(上位番号より連絡確認。連絡がとれない場合は順次下位番号へ連絡し、指示を仰ぐ)

- ① 検査依頼医への連絡および対処確認。
- ② 当院放射線科医への連絡、経緯報告および対処確認。

VI.保険適用要件表

保険適用で依頼される場合、依頼内容が保険適用要件表の項目に一致するか、よく確認して下さい。
なお、当院では下記のみ保険適用とさせていただきます。

適用疾患	適用要件
悪性腫瘍 (早期胃癌をはぶく)	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。

*当院では適用疾患の『てんかん』『虚血性心疾患』について取り扱いしていません。

春秋会 城山病院 放射線科

〒 583-0872 大阪府羽曳野市はびきの 2-8-1

TEL 072-958-1000

FAX 072-958-5210

城山病院ホームページアドレス <http://www.shiroyama-hsp.or.jp>