

PET-CT検査を受けられる方へ

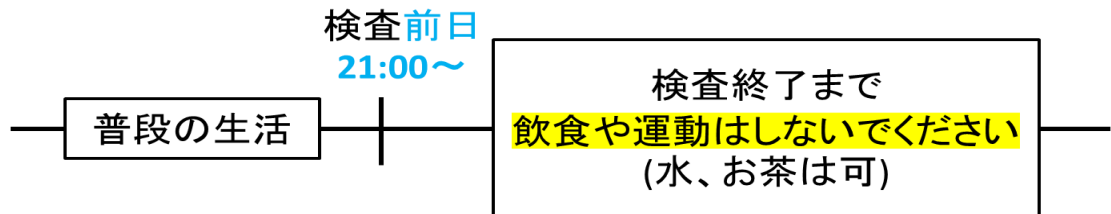
PET-CT検査は**正確な準備**が必要な検査です

～PET-CT検査をお受けになる方は、以下の項目をお読みくださるようお願いいたします～

1. PET-CT検査タイムスケジュール

☐ 午前検査の方

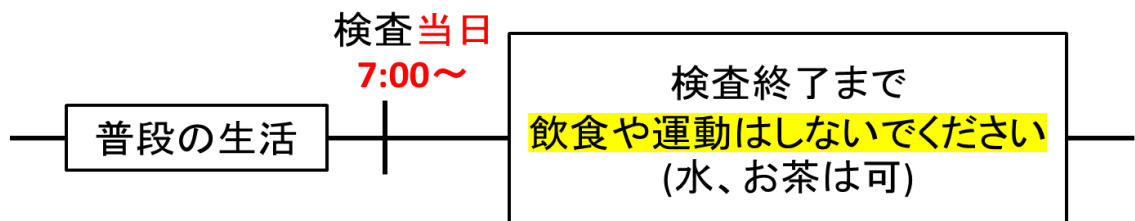
※当日は注射(予約)時間の30分前には来院してください。



糖尿病の方...夜の薬がある方は検査**前日**の21時までに飲んでください。
それ以降は検査終了まで飲まないでください。

☐ 午後検査の方

※当日は注射(予約)時間の30分前には来院してください。



糖尿病の方...朝の薬がある方は検査**当日7時**までに飲んでください。
(食事は当日7時までに済ませてください)

- 飲食禁止の間は水、お茶以外の飲食や運動はしないでください。
- 普段、点滴をされている方は、飲食禁止の間に点滴をしないでください。
- 前日と当日は、運動や肉体労働をしないようにお願いします。冬期間は、雪かきなどもやめてください。体を動かすと正確な検査ができなくなります。

持ち物

- 水のペットボトル500ml
- 「診療情報提供書(PET-CT検査依頼書)」と「PET-CT検査問診票」

2. PET-CT検査の手順

①受付、更衣

来院後、担当者の指示に従って受付してください。
時間になりましたら検査室内の待機室にご案内します。
検査着はご用意していますが、ボタン、チャックなどの飾りのない服装であれば更衣の必要はありません。



②説明、問診

待機室にご案内した後に看護師が検査の説明と問診に伺います。

③体重、血糖値測定、お薬注射

問診後、注射の時間になりましたら、別室にご案内します。
体重と血糖値の測定をした後、お薬を注射します。
※血糖値が高い場合、正確な検査ができませんので、
その際は主治医に検査の可否を確認させていただきます。



④安静

検査開始まで1時間、待機室でお待ちください。その間、
なるべくお水を取るようお願いいたします。
※お薬が体にまわるまで1時間ほどかかります。



⑤検査直前排尿、検査開始

無駄なお薬を流すため、検査直前にもトイレに行っていただきます。
(時間になりましたら検査担当者からアナウンスがあります。)

排尿後に検査を開始します。

検査には20分～30分かかります。検査中は体を動かさないようにお願いします。
確認する部位によって、同日に2回検査をさせていただく場合があります。

検査終了当日は微量な放射線が体から出ているため、
人混み、妊産婦や乳幼児との接触はなるべく控えてください。



3. PET-CT検査の費用・変更・キャンセルについて

- **検査費用** 保険適用(3割負担)の場合、約3万円程度です。
- **検査の変更・キャンセル** 検査前日15時までに小樽市立病院に連絡してください。

(検査が月曜日の場合は前週金曜日15時まで)

PET-CT検査には、特殊なお薬を使用しています。

急なキャンセルや検査時間に遅れることがあると、お薬を使用することができなくなるため、所定のキャンセル料をいただくことがあります。

小樽市立病院:0134-25-1211 ※核医学検査室に繋いでもらってください。

4. PET-CT検査について

- PET-CT検査は、がんなどの疾患を診断する検査です。併せてCT検査を行うこともあります。PET-CT検査は、がんの発見に非常に優れた検査ですが、特定の臓器、部位によっては発見が困難な場合があります。
- 放射線の被ばくによる悪影響はありません。

5. その他

- 使用するお薬が、道路状況や天候の変化などで定刻に到着しなかった場合や機器トラブルなどの際には、検査を中止させていただく場合があります。
- 担当医師の指示により、造影剤を使用したCT検査を追加する場合があります。
- PET-CT検査は、トンネル状の装置内で行われるため、閉所恐怖症などで心配がある方は、事前にご相談ください。
- 当施設では、監視カメラにより検査の進行状況を把握し、順次ご案内をしておりますが、その際、画像を録画したりプライバシーを侵害したりすることはありません。
- PET-CT検査により得られたデータは、医学発展のため利用させていただくことがありますが、その際には個人情報の保護に十分配慮し、個人が特定されるようなことのないようにいたします。
- 検査前一週間の間にバリウムの検査をした方は、PET-CT検査に支障をきたす可能性があるため、PET-CT検査は行えません。

《お問い合わせ》

小樽市立病院 患者支援センター TEL:0134-25-1211(代)

《PET-CT検査 問診票》

患者氏名 _____ 様

以下の内容にレ印、またはご記入をお願いします。

- | | |
|----------------------------|--|
| ● 最近、怪我や打撲を受けましたか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 身体に痛みがありますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 数年以内に手術を受けましたか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 数年以内に放射線治療を受けましたか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 心臓ペースメーカーなどを装着されていますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 糖尿病といわれたことがありますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 人工肛門や腎瘻等がありますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 食べ物や薬剤に対するアレルギーはありますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 一週間以内に胃や大腸のバリウム検査を受けましたか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 歯の治療を受けていますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 約30分間の検査時間、安静に寝てことができますか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 狭い場所が苦手ですか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 移動に介助が必要ですか | ☐ いいえ ☐ はい |

女性の方にお聞きます

- | | |
|--------------------------|--|
| ● 現在、生理中ですか | ☐ いいえ ☐ はい |
| ● 最終月経日(月 日) | |
| ● 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか | ☐ いいえ ☐ はい |

※以下、病院(看護師)記入欄 (特記事項があれば記入してください。)

問診日

令和 年 月 日

PET検査日

令和 年 月 日 記入者氏名 _____