

PET-CT検査を受けられる方へ

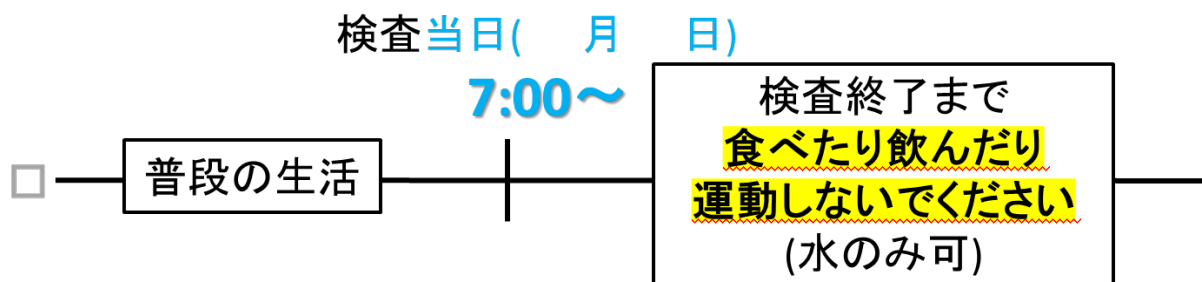
PET-CT検査は**正確な準備**が必要な検査です

～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

午後(PM)に検査を受ける方 ⇒ **13:30** 来院になります。

【検査のスケジュール・注意事項】



- 糖尿病の方...検査**当日7:00までに**朝の薬がある方は飲んでください。
それ以降は検査が終わるまで飲まないでください。



検査**当日の7:00以降**は**食事をしないでください。**

(※お菓子やジュースなど、水以外はすべて禁止です!)

食事を摂取してしまうと検査ができなくなります。

- 飲食禁止の間は水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。
検査着を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(代)

※『PET-CTのキャンセル(変更)の件で核医学検査室に繋いで下さい』

と伝えて下さい。

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

- 使用のお薬が、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。

《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。

- | | |
|---------------------------|--|
| ● 数年以内に手術を受けましたか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 数年以内に放射線治療を受けましたか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 現在糖尿病ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 薬剤に対するアレルギーはありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 約30分間の検査時間、安静に寝ていただけますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 狭い場所が苦手ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 移動にお手伝いが必要ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |

女性の方にお聞きます

- | | |
|--------------------------|--|
| ● 現在、生理中ですか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| ● 最終月経日(月 日) | |
| ● 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| ● 検査の事前準備としての
禁食について理解できましたか | <input type="checkbox"/> 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。例:車いすの有無、体の不自由な部位など)

問診日

令和 年 月 日

PET検査日

令和 年 月 日 記入者氏名 _____

PET 検査を依頼されるにあたって(医療機関向け)

- PET 検査のご依頼は、この診療情報提供書に必要事項をご記入いただき、

小樽市立病院 核医学検査室 FAX 番号 0134(00)0000

まで FAX にて送信をお願いします。

折り返し、当院の患者支援センターより**分以内にご連絡いたします。

- ご依頼の際は、保険適用か否かご確認ください。悪性腫瘍については、「疑い」または、腫瘍マーカー異常のみでは PET 検査はできません。確定診断または、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合のみです。
 - インスリンや糖尿病薬を使わずに空腹時血糖値 150mg/dl 以下にコントロールしていただきますようお願いいたします。血糖降下薬、インスリンのご使用は午前検査の場合、検査当日～終了まで中止し、午後の検査の場合、検査当日は朝のみ服用してください。
 - 患者さんには検査目的や費用、検査前絶食、運動制限など、PET 検査を受けるにあたっての了解事項についてのご説明をお願いします。
 - 貴院にて施行されました直近の CT、MRI検査等の検査データを CD 等にてご提供ください。PET 検査時に当院にて使用させていただきます。
 - ご記入頂いた「診療情報提供書(PET 検査依頼書)」および「PET 検査 問診票・同意書」は、検査当日患者さんに持参させてください。
 - 移動に介助が必要な場合、付き添いの方に手助けをお願いする場合があります。鎮静が必要な方、高度な介助が必要な方の検査はできません。ご了承ください。
 - 一般の方や職員の被ばくを避けるため、検査日は当院他科外来の受診や、他の検査を予約なさらないようお願いいたします。
 - 連絡先電話番号は日中、必ずご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください。
 - 画像および当院放射線診断科担当医の読影レポートは、1 週間程度で郵送いたします。
- PET 検査のお問い合わせは、

小樽市立病院 患者支援センター 電話 0134(25)1211 内線(000)

までお願いします。