

① PET/CT検査診療情報提供書

(お申込みの方法)

1. フリーダイヤルに電話して検査日時をご予約ください。
2. ご記入のうえ、①をFAXしてください。②のみ封書にしてください。
3. ③④を患者様のご案内用として封書と一緒にお渡しください。

TEL 0120-169-984
 FAX 0836-54-0221
 お申込みは、祝日を除く
 月～金 9:00～17:00
 土 9:00～12:00

予約受付

(このページは依頼医師の控えです)

予約日時	年 月 日 (午前・午後)		時	分	受付	
貴院ID	フリガナ			男・女		
	氏名					
生年月日	大・昭・平・令		年	月	日 () 歳	
電話番号	自宅 ()		携帯 ()			
医療機関名			科	姓	名 医師	
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自費			医師連絡先			
<input type="checkbox"/> FDG-PET	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) (診断名:) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎					
<input type="checkbox"/> メチオニン	診断名:					
<input type="checkbox"/> アンモニア	診断名:					
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断					
病理診断 <small>(確認していれば記入ください。)</small>						
半年以内の実施済検査	※半年以内の実施済検査にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー等 () <input type="checkbox"/> シンチ () (注:保険適用要件としてPET/CT検査の実施前に他の臨床検査や画像診断が実施されていることが必要です。) ※PET/CT検査前1週間はバリウムを用いた透視検査は控えてください。貴院で施行したCT等の検査データを患者様にお持ちいただけますと幸いです。					
臨床経過・具体的な検査目的 (最近の手術・化学療法・放射線治療に関しては内容・月日をご記入ください) ※できるだけ詳細にご記入ください						
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿基部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> マンモPET (<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 左のみ <input type="checkbox"/> 右のみ)					
※通常の撮影範囲は頭頂部から大腿基部までです。足先までの撮像は通常の2倍の検査時間がかかるので、下肢の病変の撮影が必要となる場合にはその旨を詳細に記載してください。 また、大腿部で上下に分割された2つの画像となり、1つの全身像にはできないことがありますのでご了承ください。						
患者情報	身長	cm	体重	kg	心臓ペースメーカー 体内除細動器	無・有(メーカー名)
	糖尿病	無・有(服薬・インスリン・治療なし)	水分制限	無・有	移動	独歩・車椅子・ストレッチャー
	感染症	無・有(種類)	30分静止	可・困難	排尿	自立・要介助・オムツ・パルーン
	閉所恐怖症	無・有	病名告知	告知済・未告知	酸素投与	無・有 (ℓ/min)
	女性のみ	○妊娠の可能性: 無・有		○授乳: 無・有	妊娠の可能性のある方は検査できません。 授乳中の方は検査当日の授乳はできません。	

保 険 適 用 項 目

①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。

悪性腫瘍患者の保険適用症例の選択基準について（日本核医学会発行 FDG PET、PET/CT診療ガイドライン2020より）

(a)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。

(b)上記が困難である場合には、臨床病歴、身体所見、PETあるいはPET/CT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される患者であること。

②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。

③高安動脈炎等の大型血管炎：

- ・他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

④心サルコイドーシス：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）又は炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。

⑤マンモPET：

- ・上記①悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）の適用に準じ、乳癌に対して他の検査、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。

注意事項

*同一月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合、PET検査は保険適用になりません。

御質問がありましたら、御遠慮なくお問い合わせください。

医療法人聖比留会 セントヒル病院 セムイPET・画像診断センター

フリーダイヤル 0120-169-984

(月～金 9:00～17:00、土 9:00～12:00) 祝日を除く

② PET/CT検査診療情報提供書

(お申込みの方法)

1. フリーダイヤルに電話して検査日時をご予約ください。
2. ご記入のうえ、①をFAXしてください。②のみ封書にしてください。
3. ③④を患者様のご案内用として封書と一緒にお渡しください。

TEL 0120-169-984
 FAX 0836-54-0221
 お申込みは、祝日を除く
 月～金 9:00～17:00
 土 9:00～12:00

予約受付

(このページに必要な事項を記入のうえ、封書にして患者様にお渡しください)

予約日時	年 月 日 (午前・午後)		時	分	受付	
貴院ID	フリガナ			男・女		
	氏名					
生年月日	大・昭・平・令		年	月	日 () 歳	
電話番号	自宅 ()		携帯 ()			
医療機関名			科	姓 名	医師	
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自費			医師連絡先			
<input type="checkbox"/> FDG-PET	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) (診断名:) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎					
<input type="checkbox"/> メチオニン	診断名:					
<input type="checkbox"/> アンモニア	診断名:					
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断					
病理診断 <small>(確認していれば記入ください。)</small>						
半年以内の実施済検査	※半年以内の実施済検査にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー等 () <input type="checkbox"/> シンチ () (注:保険適用要件としてPET/CT検査の実施前に他の臨床検査や画像診断が実施されていることが必要です。) ※PET/CT検査前1週間はバリウムを用いた透視検査は控えてください。貴院で施行したCT等の検査データを患者様にお持ちいただけますと幸いです。					
臨床経過・具体的な検査目的 (最近の手術・化学療法・放射線治療に関しては内容・月日をご記入ください) ※できるだけ詳細にご記入ください						
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿基部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> マンモPET (<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 左のみ <input type="checkbox"/> 右のみ)					
※通常の撮影範囲は頭頂部から大腿基部までです。足先までの撮像は通常の2倍の検査時間がかかるので、下肢の病変の撮影が必要となる場合にはその旨を詳細に記載してください。 また、大腿部で上下に分割された2つの画像となり、1つの全身像にはできないことがありますのでご了承ください。						
患者情報	身長	cm	体重	kg	心臓ペースメーカー 体内除細動器	無・有(メーカー名)
	糖尿病	無・有(服薬・インスリン・治療なし)		水分制限	無・有	
	感染症	無・有(種類)		移動	独歩・車椅子・ストレッチャー	
	30分静止	可・困難		排尿	自立・要介助・オムツ・パルーン	
	閉所恐怖症	無・有		酸素投与	無・有 (ℓ/min)	
	病名告知	告知済・未告知		他(視聴覚障害・認知症・精神疾患 他)		
女性のみ	○妊娠の可能性: 無・有		○授乳: 無・有		妊娠の可能性のある方は検査できません。 授乳中の方は検査当日の授乳はできません。	

③

PET / CT検査申込書

当院より、事前に検査の注意事項等のご連絡をさせていただきますが、
ご都合の悪い方は下記のフリーダイヤルまでお知らせください。

(患者様のご案内用にお渡しください)

予約日時	年	月	日 (午前・午後)	時	分	受付
貴院ID	フリガナ					男・女
	氏名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ()	歳	
電話番号	自宅 ()		携帯 ()			

医療法人聖比留会 セントヒル病院 セムイPET・画像診断センター

フリーダイヤル 0120-169-984

(月～金 9:00～17:00、土 9:00～12:00) 祝日を除く

病院代表 0836-51-5111 (上記時間外)

①検査について

予約時間までに、セムイPET・画像診断センター（3F）へお越しください。

健康保険証、主治医からお預かりした場合はCT等の検査データと本申込票をご持参ください。

料金は、保険適用（3割負担）でPET/CT 約30,000円、PET/CT+マンモPET 約42,000円です。非適用の場合はPET/CT 約90,000円です。

《キャンセルまたは日時の変更を希望される場合は、ご紹介元の医療機関にご相談ください。》

検査所要時間は約2～3時間ですが、内容によって所要時間は異なります。

この検査は医療機関からのご依頼を受けた検査ですので、**当院では検査結果についての説明は行いません**。検査結果はご紹介元の主治医の先生から説明を受けてください。

②検査前の注意点（注意をお守りいただかないと検査できない場合があります）

〈食事・飲み物〉

検査予約時間の5時間前からは食事・間食は厳禁です。別紙「PET検査を受けられる方へ」をご確認ください。

〈検査前日・当日について〉

検査前日・当日の運動・ジョギング、長時間の歩行等は控えてください。検査当日は喫煙は可能な限りお控えください。なるべく冷気を避け、暖かい服装でご来院いただくことをお勧めします。

〈その他〉

妊娠の可能性のある方は検査できません。

授乳中の方は検査可能ですが、検査当日の授乳は避けてください。

検査前1週間は胃や大腸のバリウム検査を受けないように注意してください。（詳しくはお問い合わせください）

③検査終了後

検査翌日は通常通りの生活で構いません。食事も普通にとりください。



〈アクセス〉

- ・ 宇部の各ICから車で約10分
- ・ 山口大学医学部附属病院から車で約20分
- ・ 新山口駅から車で約30分
- ・ 山口宇部空港から車で約15分
- ・ JR床波駅から車で約5分
- ・ 宇部市営バス萩原線 セントヒル病院バス停にて下車すぐ

※厚南セントヒル病院とお間違えのないように御来院ください。

医療法人聖比留会 セントヒル病院 セムイPET・画像診断センター

フリーダイヤル 0120-169-984 代表番号 0836-51-5111

(月～金 9:00～17:00、土 9:00～12:00) 祝日を除く

〒755-0155 山口県宇部市今村北3丁目7番18号

PET検査を受けられる方へ

- 検査前5時間は絶食してください。

食事



- 飴やガム、糖分の入った飲み物も控えてください。

ガム

あめ

糖分の入った
飲み物



- 糖分の入っていないお茶や水は飲まれてかまいません。水分は補給してください。



- PET検査は、安全な検査ですが、無用の放射線被曝をさけるため、検査当日は、できるだけ妊婦の方や10歳未満の小児との接触は避けてください。



- 糖尿病薬の服薬・インスリン注射は検査前5時間以内は使用を中止してください。

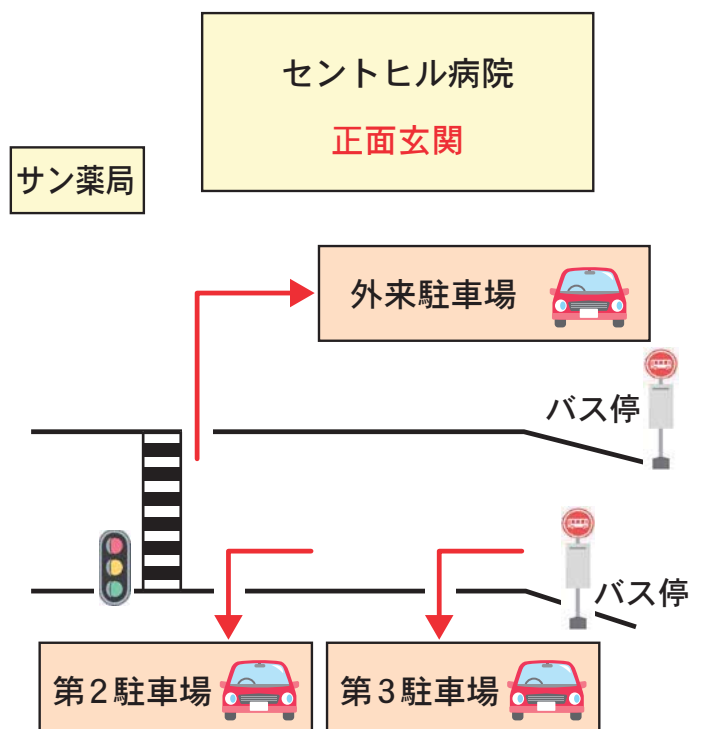


駐車場と受付のご案内について

新型コロナウイルス感染症対策として、当院では現在、出入り口を1Fの正面玄関のみとさせていただきます。

お車は当院正面玄関前の外来駐車場、または当院建物の道路向かいに第2駐車場、第3駐車場がございますので、そちらにお停めください。

- ・正面玄関から入られましたら、総合受付があります。
- ・「セムイPET・画像診断センター」へはご案内いたしますのでお声かけください。



PET検査の流れ

1. 更衣

金属類がないように検査着に着替えていただきます。
(金属類、ボタン等がなければ着替えの必要はありません)



2. 問診

検査に必要な問診と身長・体重・血糖測定を行います。



3. PET検査入室

検査薬剤の注射をします。



4. 安静

- ・体内に薬剤が行き渡るために検査室内の個室にて安静にさせていただきます。(60~90分)
- ・安静時は、水分・トイレは自由です。
- ・正確な診断の妨げとなりますので、本を読んだり、音楽を聴くことはせず静かにお休みください。
- ・何かありましたらナースコールでお呼びください。
- ・放射線の飛散を防ぐため、男性も座って排尿をしてください。
- ・検査時間になりましたら診療放射線技師がご案内します。



5. 排尿

撮影室に入る前は、排尿を済ませていただきます。(尿から余分なお薬を出すことで、より良い画像をとるため)
排尿後、撮影室の前のイスで待機してください。



6. 撮影

仰向けに寝て全身の撮影をします。(約30分前後)



7. 排尿後、退出 更衣

*PET検査入室から検査終了まで約2時間程度かかります。

*全体検査の進み具合によっては、予定時間より前後する場合がありますのでご了承ください。