

¹⁸F-FDG による PET/CT 検査を依頼される先生方へ ー医師向けー

PET/CT 検査は、診療上有用であっても保険適用されない場合があります。また、前処置が不十分なために、検査当日に検査を中止せざるを得ない場合もあります。PET/CT 検査を円滑に実施して頂くために、予約票に加えて下記の事項もご参照の上、検査依頼をお願いいたします。

1. 保険診療で検査をするために

● 確定病名が必要です。

「〇〇疑い」のような疑い病名では、保険診療が出来ません。ただし、「再発疑い」は、保険診療が出来ます。

● 前回検査から6ヶ月以上あけて下さい。

6ヶ月以内での検査では、保険診療が出来ません。起算は、歴月です。ただし、悪性リンパ腫のみ検査可能です。

● 事前に、CT, MRI および組織細胞診を実施してください。

事前検査は、3ヶ月以内に限られます。(悪性リンパ腫の再発は除きます)

島根大学病院以外の医療機関での結果でも可能です。

● DPC 病院での入院患者さんは、検査費用が貴院負担になります。

一連の入院期間となる場合は、一時的に外来期間中であっても貴院負担になる場合があります。

● 早期胃がんは、保険診療が出来ません。

2. 検査前に確認と説明をして頂きたい事項

● 保険適用の範囲を確認してください。

てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要な患者に使用する。
心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他検査で判断がつかない場合に限る。）、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。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
悪性腫瘍（早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない患者に使用する。

同一月に Ga シンチグラフィ検査をされた場合、保険適用になりません。

- **予約時間は厳守してください。**

放射性医薬品の半減期が短いため、予約時間に遅れた場合、検査が中止になる可能性があります。

- **絶食してください。**

検査6時間前から絶食してください。心サルコイドーシスの場合、検査12時間前から絶食してください。水は飲んでください。水以外の糖分が含まれる飲料水は不可。

- **インスリン、糖尿病薬の内服は、検査当日朝から検査終了まで中止してください。**

空腹時血糖値が200 mg/dL以上の方は、検査中止になる可能性があります。

- **ビグアナイド系糖尿病薬（メトホルミン等）の内服は、可能な限りで1週間前から検査終了まで中止し、他薬剤への変更をご検討下さい。**

腸管への集積が増加し読影の妨げとなることがあります。

- **予約時間に遅れる、絶食をしていない、血糖値が高い場合、当日に検査が中止になる可能性があります。**

- **検査前日から運動を控えてください。**

運動は、検査前日から一切禁止です。短距離の徒歩○。自転車の運転×。

- **周囲の無用な被ばくを避けるため、検査当日の他検査や診察をご遠慮ください。**

予約時間に遅れた場合中止になる可能性があること、検査時間が2時間30分に及ぶことおよび職員の被ばくの観点から、極力避けて頂きますようお願い申し上げます。

- **安静保持が困難な方は、検査が出来ません。**

放射性医薬品投与後1時間及び検査20分間、安静困難や介助が必要な方は検査が出来ません。どうしても必要な場合、事前に下記核医学検査室までご連絡ください。

ご不明な点がございましたら、下記連絡先までご相談ください。

お問い合わせ先

島根大学医学部附属病院

放射線部核医学検査室 0853-20-2438

放射線科読影室 0853-20-2444

※「PET/CT 検査問診票」は、事前に問診して頂き、検査当日持参するよう患者さんにご案内ください。

PET/CT 検査問診票

(患者さま及び医師によるチェック)

以下の問診に記入または○印でお答えください。この問診票は、検査当日持参してください。

氏名	様	ID			
生年月日		年齢	歳	性別	

・①、②に「はい」がある場合、検査が受けられない場合があります。事前に核医学検査室にご相談下さい。

① 注射後 1 時間と検査中 20 分間、一人で安静に寝ることが困難ですか？ いいえ・はい

② 妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい

③ 糖尿病と言われたことはありますか？ いいえ・はい

「はい」とお答えの方へ

現在、治療はされていますか？

食事療法・内服薬・インスリン注射・治療なし

④ PET/CT 検査を受けたことがありますか？ いいえ・はい (年 月頃 当院・他院)

⑤ 放射線治療を受けたことがありますか？ いいえ・はい (年 月頃 当院・他院)

⑥ 抗がん剤治療を受けたことがありますか？ いいえ・はい (年 月頃 当院・他院)

⑦ 1 か月以内にバリウム検査を受けましたか？ いいえ・はい (年 月頃 当院・他院)

⑧ アレルギーはありますか？ いいえ・はい ()

⑨ 心臓ペースメーカを装着されていますか？ いいえ・はい

・PET 検査に対して、ご質問等があればご記入ください。

年 月 日 問診医師氏名： _____

* ご不明な点は、担当医師又は下記にお問い合わせください。

島根大学医学部附属病院 放射線部 核医学検査室

電話 0853-20-2438