

泌尿器疾患 画像検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院  
地域医療連携室 行

FAX 055-948-2103(直通)

※ 10～20分以内で折り返しお返事致します。

ご紹介元	
医療機関名	
医師	印
FAX番号	

患者氏名 殿 (男・女)  
生年月日 年 月 日生 歳  
住所 電話番号

身長 cm 体重 kg

病名【 ※必ずご記入下さい。】

紹介目的等をご記入下さい。

検査項目	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	検査部位 腹部・脊椎・骨盤・前立腺・膀胱・腎臓・その他( ) 造影剤使用 有・無 CT造影有の場合 (動脈相・静脈相・排泄相) CT撮影条件 (5mmスライス・1cmスライス) 喘息 (有・無) 腎機能 (良・不良) Cre( )※3ヶ月以内のデータを記入して下さい。 薬物アレルギー (有・無) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・MRI用体内金属ドクターチェックのご提示をお願いします。</li> <li>・造影剤の使用にあたっては、MRI検査又はCT検査に関する説明と同意書のご提示をお願いします。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	注意事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします。</li> <li>・同一月内のGaシンチとPET-CTは、保険対象外となります。</li> <li>・食事制限や前処置等の指示は、予約時に確認して下さい。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> PET-CT	検査目的 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断 腫瘍マーカー ( )・( )・不明 糖尿病 (有・無) ※施行済画像 CT・MRI・US・その他( ) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします。</li> <li>・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません。</li> <li>・悪性腫瘍病名(確定) ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む</li> <li>・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者 (※1)他の検査、画像診断とは、CT、MRI、超音波検査、消化管造影、マンモグラフィー等</li> </ul>

当院受診の有無 有・無

当院に受診歴のない場合は、新規に患者様のIDを作成し予約させていただきます。

# PET-CT検査同意書

カルテNo

氏名

初回検査時に同意書の記載があれば二回目以降は不要です  
ただし、当該検査に限ります

生年  
月日

所属

検査説明担当医師 \_\_\_\_\_

この用紙は、あなたが受けるPET-CT検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け、下記PET-CT検査の副作用と放射線被曝に関する留意事項もご確認ください。

## 1. 検査概要

1-1) PET-CT検査のPETとは、Positron Emission Tomography (陽電子放出断層撮影)の略です。CTやMRIなど従来の画像検査のように形態を見る検査ではなく、細胞の働きや活動(機能)をみる検査です。PET-CTとは、このPETとCTを融合させた画像を同時に得ることのできる検査です。

1-2) PET-CT検査では $^{18}\text{F}$ -FDGと呼ばれる疑似ブドウ糖に放射性物質を合成した薬剤を静脈注射で投与します。一定時間がたつとFDGは糖代謝が盛んな細胞に集まります。がん細胞は正常な細胞より活動が活発で、より多量のブドウ糖を必要とします。PET-CT検査はその特徴をとらえ病気の場所を特定することが可能です。がん以外にはブドウ糖を大量に必要とする脳や心臓の疾患にも有効です。

1-3) 遅延検査(FDG注射後、通常の1時間後の検査に加え、1時間30分から2時間後の検査)をさせて頂く場合があります。

## 2. PET-CT検査における副作用と放射線被曝について

2-1) 使用する薬剤はFDGというブドウ糖に非常によく似たものです。本薬剤における重篤な副作用は報告されていません。

2-2) 使用される放射性同位元素の半減期は約2時間です。その被曝量は胃のバリウム検査を大きく超えるものではありません。さらにCTによる被曝が加わりますが、この線量で放射線障害が起こることはありません。

# PET-CT医学検査施行同意書

私はこのたび予定されたPET-CT検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。

同意年月日 平成 年 月 日

患者本人または代理人(続柄) 署名

〈カルテ添付〉

順天堂大学 医学部 附属 静岡病院