

湘南鎌倉総合病院

診療情報提供書(PET/CT申込用紙兼紹介状)

直通電話:0467-46-9921

FAX:0467-46-9912

紹介元医療機関

先端医療センター 寺田 茂彦 先生

宛

所在地

検査予約日時 年 月 日

電話番号

MRI 時 分

診療科

PET 時 分

医師名

フリガナ			生 年 月 日	性 別	身長	体重
患者氏名				男・女		
住所				電話番号	自宅:	携帯:
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> <疾患名> <input type="checkbox"/> 脳悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 頭頸部癌() <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期癌は適応外) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 膵臓癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌・胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 骨・軟部組織悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> <検査目的> <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 (自費)					
	<input type="checkbox"/> 診断目的(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサロイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図または心エコー所見を認める) <input type="checkbox"/> 心サロイドーシスと診断されており、炎症部位の診断が必要 <input type="checkbox"/> それ以外 (自費)					
大型血管炎	<input type="checkbox"/> 他の検査で病変の局在また活動性の判断がつかない				<input type="checkbox"/> それ以外 (自費)	
撮影希望範囲	※無い場合は頭頂部～鼠径部まで撮像致します。					
臨床経過 ※必ずご記入 をお願い致します。 腫瘍マーカー 病理検査						
糖尿病	※糖尿病薬剤については検査当日の服用(投与)を避けてください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 血糖値 mg/dl 検査当日血糖値が230以上の場合検査実施の有無 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 中止					
MRI	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 () ・体内金属 <input type="checkbox"/> あり(臨床経過に詳細をご記入下さい。) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ペースメーカー/ICD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】 ※必須事項【アレルギー <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし】 血清クレアチニン値: mg/dl eGFR: 年 月 日測定 検査日から3ヶ月以内の値を記載してください。 ※注意 ペースメーカー/ICD挿入患者はMRI検査を、eGFR値が30以下や気管支喘息患者は造影MRI検査をお引き受けできません。					

診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては以下について患者様へご説明し、ご理解を得ることが必要とされています。

PET検査1回当たりの被ばく量は約3mSv(ミリシーベルト)、CT検査1回当たりの被ばく量は約2~10mSvです。ただし、体重や撮影部位により被ばく量は異なります。

放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行う事により得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。

湘南鎌倉総合病院では、医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分に考慮した上で、最適化を定期的に行っています。

造影MRI検査に関する同意書

造影MRI検査を行わない場合は提出不要です。 造影MRI検査を行う場合は記入後、ご提出ください。

私は造影MRI検査について十分な説明を受け、下記について理解しました。
その上で造影MRI検査を受けることに同意致します。

- 造影剤を使用するMRI検査であること。
- 造影剤による副作用が出現する可能性があること。
- また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。
- MRI検査で得られた画像を含む結果については個人が特定できないように配慮した上で使用させていただくことがあること。

年 月 日

湘南鎌倉総合病院 院長殿

本人氏名

保護者または代諾者氏名

患者との関係

主治医は、上記の患者様への検査が適切であると判断します。

紹介元医療機関名

主治医氏名(自署)

湘南鎌倉総合病院 先端医療センター

担当医 氏名

※この同意書の使用は院外からの紹介PET/CT検査造影MRIを行う場合に限りです。

造影MRI検査をお受けになる方へ

造影MRI検査をお受けになる方へ

<MRI検査の目的について>

目的：通常の磁気共鳴画像（MRI）検査に加え、腫瘍や血管の状態をより詳しく診断するために行います。

<造影剤使用による副作用・危険性・合併症について>

MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。

軽い症状：嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。

（頻度は500人～1000人に1人）

重い症状：意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状が出る場合があります。

（頻度は数万人に1人）

死 亡：非常に稀で、他の一般的な薬剤と同様の割合で起こる可能性があります。

（頻度は100万人に1人）

※ 副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡ください。

<造影剤を使用することに対し、注意が必要な患者様（該当する場合はお申し出下さい）>

造影剤の副作用歴のある方

腎臓の機能に障害がある方

気管支喘息のある方

<造影剤の副作用の予測と緊急処置について>

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

<同意書撤回について>

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

PET/CT検査に関する同意書

私はPET/CT検査について十分な説明を受け、下記について理解しました。
その上でPET/CT検査を受けることに同意致します。

- 放射線を出す物質を含む薬剤(FDG)を注射する検査であること。
- 放射性薬剤とCTによる被ばくがあること。
- PET/CT検査ですべてのがんが見つかるわけではないこと。
- PET/CT検査で指摘される異常所見が必ずしもがんではないこと。
- PET/CT検査で得られた画像を含む結果については個人が特定できないように配慮した上で使用させていただくことがあること。
- やむを得ない場合を除き、無断キャンセルした際に薬剤料金を病院に支払うこと。

年 月 日

湘南鎌倉総合病院 院長殿

本人氏名

保護者または代諾者氏名

患者との関係

主治医は、上記の患者様への検査が適切であると判断します。

紹介元医療機関名

主治医氏名(自署)

湘南鎌倉総合病院 先端医療センター

検査当日 担当医 氏名

PET/CT検査をお受けになる方へ

<PET/CT検査について>

PETとはPositron Emission Tomography（陽電子放射断層撮影）の略称です。ブドウ糖によく似たFDG（フルオロデオキシグルコース）という薬を作り、静脈から注射します。FDGはブドウ糖代謝の盛んなところ、腫瘍や炎症などの病気がある部位に集まります。FDGにはポジトロンという放射線を出す物質が含まれていますので、FDGが集まったところからは放射線が出てきます。この放射線を体外から検出し、腫瘍や炎症などの病気の存在を診断します。PET/CTはPETとCTを融合させた検査です。PET検査だけでは画像が不明瞭なので、同時にCTを撮影し、ふたつの画像を重ね合わせることで、PETで探り当てたがんの正確な存在部位がわかるようになっています。

<PET/CT検査の限界について>

PET/CT検査はほとんどのがんの診断に有用ですが、診断が難しいがんもあります。

- ・ 径1 cm以下の小さながん、臓器の表面に沿って広がる薄いがん、細胞密度が低いがん
- ・ 悪性度が低いがん
- ・ 各臓器への正常なFDGの集まり(生理的集積といいます)に隠れてしまうがん
- ・ FDGをあまり取り込まない性質、取り込んでもすぐに出してしまう性質のがん
- ・ 一般的に以下のがんはPET検査での検出が難しいとされています。

胃がん 肝細胞がん 腎臓がん 膀胱がん 前立腺がん

FDGが集まる病気はすべて悪性腫瘍というわけではありません。がん以外に炎症などの良性病変にもFDGが取り込まれることがあります。

心サルコイドーシスや大型血管炎(高安動脈炎、巨細胞性動脈炎)の方には、FDGが活動性の炎症部位にも集まることを利用して、病巣の評価を行います。

<PET/CT検査の安全性と被ばくについて>

検査に使用するFDGという薬剤には副作用はほとんど報告されていません。

PET検査による被ばく線量は1年間に自然(宇宙線や大地)から受ける放射線量とほぼ同程度(2.4ミリシーベルト)です。PET/CT検査ではこれにCTによる被ばくが加わりますのでこの2~3倍になりますが、健康被害が起こることはありません。

<同意書撤回について>

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

湘南鎌倉総合病院 先端医療センター

PET・SPECT検査室 TEL：0467-46-9921 FAX：0467-46-9912

平日・土曜日(年末年始を除く) 受付時間 8：30～16：30

医学研究のための診療情報利用同意書

湘南鎌倉総合病院は、予防医学から救急診療、専門的診療まで幅広い診療を行っています。その一方、先進的な診断法や治療法、未解明な病態の解明に関する医学研究(学会発表や論文発表など)などの学術活動も行っています。

そのため、診療情報(カルテの記録、X線やCT MRIなどの診断画像、病変部写真などの画像、手術中や侵襲的治療中のビデオ動画、検査結果など)を医学研究のために使用することに、ご協力をお願いします。

診療情報を利用するときは匿名化し、個人が特定されないように国の指針に従って厳重に管理します。

ご協力されるかどうかはお客さまの自由意志であり、ご協力を頂けなくても診療上の不利益を受けることはありません。また、いったん協力を同意された後でも、同意を撤回することができます。(後日撤回される場合は、総合受付へお申し出いただき、この文書の撤回しますに○を付けて、提出をお願いします。)

湘南鎌倉総合病院
病院長

私は、湘南鎌倉総合病院での私の診療情報が、個人が特定されず、不利益を受けない形で将来の医学医療の発展のための医学研究(学会発表や論文発表など)に利用されることに

- 1 同意します。
- 2 同意しません。
- 3 一旦同意しましたが、撤回します。

(いずれかの番号を○で囲んでください。)

同意した日 年 月 日 時 分

氏名

保護者または代諾者氏名 続柄

住所

氏名の欄はご本人で記入をお願い致します。ただし、未成年者または本人が署名できないときは、保護者または代諾者の方が記入をお願い致します。保護者または代諾者住所は同一住所でない場合はご記入ください。

検査 予約票

検査予約日時は 年 月 日

時 分 より検査を行う予約です。

検査当日は 時 分 までに当院へお越しく下さい。

○来院後、本館(A棟) 1階の①総合案内へお越しいただき、受付をしてください。受付後、予約時間の40分前までに先端医療センター(D棟) 1階 D14番 PET・SPECT検査室受付までお越しく下さい。

○予約制のため、時間に遅れないようお願い致します。時間に遅れますと、当日検査を行えない場合がございます。

○装置のトラブルや前処置、他の患者様等の都合で、検査開始が遅れることもありますので、予めご了承ください。

○検査当日にお持ちいただくものは、**①紹介状 ②同意書 ③保険証・各種医療受給者証**となります。

ご注意ください!!

◆予約時間の6時間前から食事をとらず、水あるいは糖分を含まないお茶などでお過ごしいただくようお願い致します。

○なお、予約時間の6時間前まではお食事をお取りいただけますが、**炭水化物、糖質を必ず抜いていつもの半分の量**にさせていただくようお願い致します。また、予約時間より早めにお越しいただいても食事から6時間空けて検査を行いますので予めご了承ください。

○**糖尿病薬をご使用の方は検査当日は絶食の上、糖尿病薬の使用をお控えてください。**

○検査についてのお問い合わせは、下記の電話番号（検査室直通）までお願い致します。

湘南鎌倉総合病院 先端医療センター PET・SPECT検査室

〒247-8533 鎌倉市岡本1370-1 TEL: **0467-46-9921** (検査室直通)

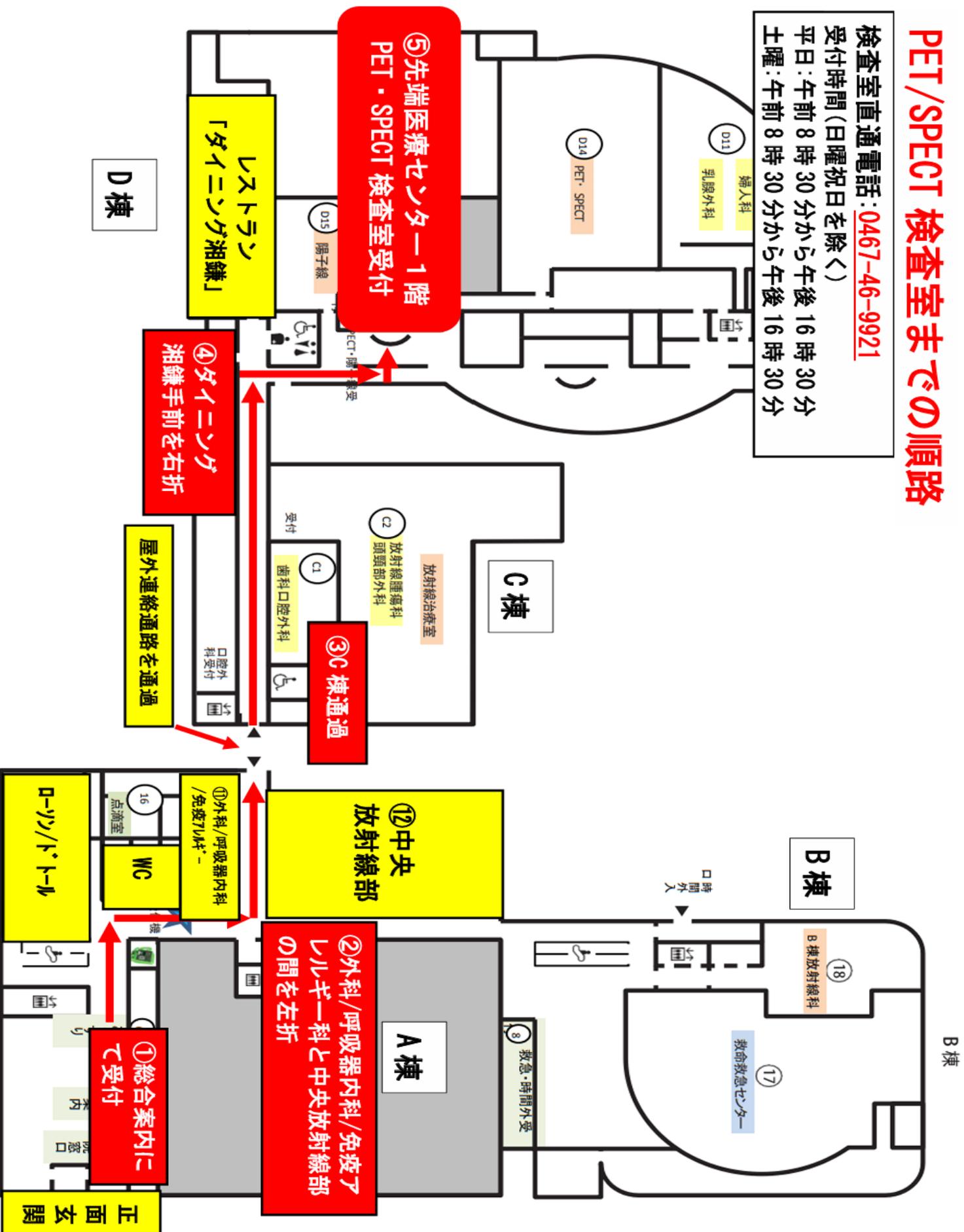
平日・土曜日(年末年始を除く) 受付時間 8:30~16:30

PET/SPECT 検査室までの順路

検査室直通電話: **0467-46-9921**

受付時間(日曜祝日を除く)

平日: 午前 8 時 30 分から午後 16 時 30 分
土曜: 午前 8 時 30 分から午後 16 時 30 分



MRI PET/CT検査説明書

検査についての注意事項

この検査はFDGという放射性薬剤を注射してから1時間後に撮影を行います。いくつか注意事項がございますので、必ずお読み下さい。

飲食について



- ・予約時間の6時間前からは絶食(ガムや飴を含む)と水や無糖のお茶など普段より多めの水分をお取りお過ごしいただきますようお願いいたします。
- ・予約時間の6時間前まではお食事をお取りいただけますが、糖質・炭水化物は抜いていつもの半分の量にしてください。

お薬について



- ・検査当日は糖尿病の飲み薬や注射薬の使用を中止して下さい。糖尿病薬を中止できない場合はご相談下さい。
- ・主治医の先生から指示が出ている場合は、それに従って下さい。
- ・糖尿病のお薬以外はいつもと同じようにご使用下さい。

その他・検査について



- ・筋肉を動かすことでPET画像に影響を及ぼす場合があります、前日より運動はお控え下さい。
- ・検査終了後のお薬及び食事制限はありません。引き続き普段より多めに水分をお取り下さい。

MRI検査とPET/CT検査当日の流れ

1

検査の流れについて説明し、診察及び問診を行います。



2

MRI検査を同日に行う場合は、PET/SPECT検査の前に行います。

造影MRIの場合は造影剤を使用いたします。



3

PET/CTを施行



PET/CT検査のみは約2時間30分、MRI検査も行う場合は約3時間30分程。

MRI検査を安全に行うために必ずお読みください。

MRI検査は、強力な磁気を用いて人体を輪切りにしたような画像を計算して診断に利用します。そのため金属類は検査の支障になるばかりか、危険なものになりますので、以下の物は決して検査室に持ち込まないでください。

●持ち込み禁止物等

- ・ 貴金属類 ・ 補聴器 ・ アクセサリー類 ・ エレキバン ・ カイロ
- ・ 化粧品(金属が含まれているもの) ・ ヘアピン ・ 時計 ・ 財布およびカギ
- ・ 磁気を使用したカード類 (クレジットカード, キャッシュカード)
- ・ 金属のついた下着 ・ 刺青/タトゥー/アートメイク
- ・ カラーコンタクト 角膜矯正コンタクト ・ 歯を矯正中, 取り外し可能な義歯
- ・ かつら・ウィッグ・増毛スプレー ・ 湿布 ・ ニトロダーム ・ 禁煙補助シール

●以下に該当する場合、安全確保のためMRI検査および造影MRI検査を中止させていただきます。予めご了承ください。

- ・ 血管内デバイス ・ スtent留置手術を行ってから8週間以内
- ・ ペースメーカー、除細動器、移植蝸牛刺激、神経刺激、骨成長刺激、注入ポンプ等の装置をご使用中
- ・ 磁性体の整形外科用金属、血管クリップ・コイル、1970年以前の心臓人工弁挿入している
- ・ マスカラ、アイシャドー、ラメ、カラーコンタクト等が除去できない場合
- ・ 弾丸、鉄片、鉄粉等が体内に残存している方
- ・ 磁力で装着する義眼、磁石部分が着脱不能な義歯
- ・ 内視鏡検査で止血クリップを使用し脱落が確認できない方
- ・ 磁力により装着する尿道カテーテル
- ・ その他 3TMRI検査非対応の体内金属 (体内置き針・美容金糸・避妊リング等)
- ・ 造影剤の成分またはガドリニウム造影剤に対し過敏症の既往歴
- ・ 気管支喘息
- ・ 重篤な肝障害・腎障害
- ・ 腎機能(eGFR値が30以下の場合)が低下している。
- ・ 腎臓の手術を受けたことがある

湘南鎌倉総合病院 先端医療センター
PET・SPECT検査室 TEL:0467-46-9921
FAX:0467-46-9912
平日/土曜日 受付時間 8:30~16:30



湘南鎌倉総合病院
SHONAN KAMAKURA GENERAL HOSPITAL

PET/CT検査の安全性(副作用、被ばくなど)について

検査に使用するFDGには副作用はほとんどありません。

注射されたFDGによる被ばく線量は約2.4ミリシーベルト(1年間に自然から受ける放射線量とほぼ同程度)です。さらにCT検査による被ばくが加わり、この2～3倍になりますが、健康被害が起こることはございません。

また、検査終了後も身体の中には少量ですがFDGが残っています。検査終了後2時間は出来るだけ人混みをお避け下さい。検査当日は妊婦や乳幼児との接触を出来るだけお避け下さい。

その他注意事項

- ・妊娠されている方、妊娠の可能性のある方には検査を行いません。
- ・閉所恐怖症の方は検査できない場合がございます。
- ・原則として検査着に着替えていただきますので、着替えやすい服装での来院をお願い致します。
ヘアピン、イヤリングやピアス、ネックレス、入れ歯などは検査時に外していただきます。
- ・夏季は熱中症予防のため、より積極的な水分の摂取をお願い致します。
- ・冬季の来院時はなるべく冷気を避け、暖かい服装でお越し下さい。
身体が冷えることにより病気以外の部分にFDGが集まる場合がございます。
- ・医療スタッフの被ばくを低減するために、FDG注射後は距離を置いてのご案内となります。
待ち時間もモニターによる安全確認を行っております。
- ・注意事項が守られなかった際は、検査日を変更する場合がございます。
- ・薬剤投与後 48 時間は授乳を避けてください。
- ・PET/CT検査で得られた画像を含む結果については、個人が特定できないように配慮した上で学会や研究に使用させていただく場合がございます。

検査の予約変更/取り消しについて

予約の変更または取り消されたい場合は必ず前営業日16時まで下記までご連絡お願い致します。

検査当日にお越しになれなくなった場合も必ずご連絡下さい。

検査に使用する薬剤は患者様ごとに用意しておりますので無断キャンセルの場合、やむを得ない理由を除き薬剤料金をお支払いいただきます。

午前中は駐車場が大変混雑致しますので、なるべく公共交通機関をご利用下さい。

お車でのお越しの際は、余裕を持ってお早めにお越し下さいますようお願い申し上げます。

湘南鎌倉総合病院 先端医療センター
PET・SPECT検査室 TEL:0467-46-9921
営業日 FAX:0467-46-9912
平日/土曜日 受付時間 8:30～16:30



湘南鎌倉総合病院
SHONAN KAMAKURA GENERAL HOSPITAL



湘南鎌倉総合病院駐車場 駐車料金について (2022年2月28日～)

※ JR線路沿い、湘南アイパーク横 出口 → 藤沢口
病院正面 入口 → 鎌倉口

鎌倉口から入庫

※藤沢口からは駐車場へ入庫できません

地上に駐車

地下に駐車

藤沢口(地上)から出庫

藤沢口(地上)から出庫

※鎌倉口からは出庫できません

【患者様】
最初の30分無料
2時間まで200円
以降60分毎100円
(最大料金) 駐車後24時間まで900円

【お見舞い・面会の方】
最初の30分無料
以降60分毎200円
(最大料金) 駐車後24時間まで900円

【患者様】
最初の30分無料
2時間まで200円
以降60分毎100円
【お見舞い・面会の方】
最初の30分無料
以降60分毎200円

最大料金なし

◆ホームページのご案内

シャトルバスの時刻表など変更する場合がございます。最新情報は当院ホームページよりご確認ください。

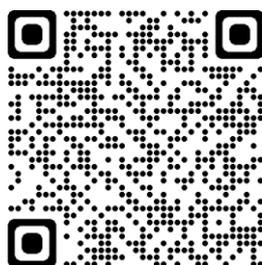
病院ホームページ



アクセス・



バスをご利用の方はこちらからダイヤをご確認ください。



PET検査について

