

^{18}F -FDG-PET/CT検査説明書

● ^{18}F -FDG-PET/CT検査とは

- ・この検査は、放射性同位元素 ^{18}F (フッ素18)で、標識された FDG(フルオロデオキシグルコース) という薬剤を注射した後に撮影を行い、体内の糖代謝をみることで、炎症や悪性腫瘍などの疾患を診断する検査です。
- ・同時にCT検査も行うことで、より精度の高い診断を行っています。

● ^{18}F -FDG-PET/CT検査の限界

- ・FDGは、糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積します。また、FDGは尿として排泄されるため、腎臓や尿管、膀胱に強く集積します。そのため、これらの臓器の診断が困難な場合があります。
- ・FDGは、炎症などの良性疾患にも集積します。また、糖代謝の低い一部の悪性腫瘍では、集積が低い場合があります。そのため、これらの疾患では正確な診断が困難な場合があります。
- ・検査装置の性能上、5mm以下の小さな病変は検出が困難な場合があります。
- ・ ^{18}F -FDG-PET/CT検査だけで診断は確定されません。異常所見が認められた場合、診断のために更に他の追加検査が必要となる場合があります。

●安全性

- ・この検査に使用する薬剤(^{18}F -FDG)はガイドラインに準拠して当院で製造されており、品質試験に合格したものを使用しています。
- ・この検査に使用する薬剤(^{18}F -FDG)には重篤な副作用の報告はなく、安全性の高い薬剤です。

●被曝

- ・この検査に使用する薬剤(^{18}F -FDG)は放射性医薬品です。PET/CT検査では、薬剤による被曝線量に、CT検査による被曝線量が加わります。1回の ^{18}F -FDG-PET/CT検査による被曝線量は、胃透視(胃のバリウム検査)とほぼ同程度で、この被曝線量における身体への悪影響はありません。
※ただし、妊娠している(可能性のある)方への検査は原則として行っておりません。

●検査前準備

検査前5時間は絶食です(心サルコイドーシスの場合は18時間の絶食となり、絶食前の最後の食事については栄養指導を受けた食事内容にしてください)。糖分の含まれていない飲み物(水、お茶)は飲んでも構いません。

ブドウ糖入り点滴は控えてください。

- ・絶食時は糖尿病治療薬の服用、インスリンの注射は行わないでください。
- ・検査前日および当日の運動は控えてください。
- ・検査直前に、余分な検査薬剤の排泄を促すために飲水を行ってもらいます。飲水制限のある方は申し出てください。

●検査手順

- ① 来院
- ② PET/CT検査室受付：直接、PET/CT検査室受付にお越しください。
- ③ 問診：検査前に問診、身長・体重測定、血圧、血糖測定があります。
- ④ 投与：検査薬剤を静脈注射で投与します。
- ⑤ 安静：投与後、検査薬剤が体内に行き渡るまで約1時間安静にします。
- ⑥ 撮影：排尿後、PET/CT検査装置で約30分全身の撮影を行います。
- ⑦ 休憩：体内の検査薬剤が十分減少するまで、約30～40分の休憩があります。
休憩後、必要に応じて2回目の撮影を行います。
- ⑧ PET/CT検査室受付：診察券をお返し、総合受付の自動支払機または⑤番の会計窓口にてお支払いをお願いします。

※薬剤投与から検査終了までに、約2～3時間かかります。

●検査後

- ・検査結果は後日、速やかに主治医に報告します。
- ・検査終了当日は、妊娠している(可能性のある)方、小児との接触を控えてください。
同様に、授乳も控えてください。

●キャンセルについて

- ・都合により、検査をキャンセルされる方は、
検査日の前日(休診日の場合はその前の診療日)12時までに、PET/CT検査室受付までご連絡ください。
- ・この検査に使用する薬剤は高額で、使用期限の短い特殊な薬剤です。急なキャンセルや、検査時間に遅れることがあると、使用することができません。
この場合、所定のキャンセル料を頂く場合があります。

●注意事項

- ・**検査日の2営業日前より最終確認の電話を致します。但し、緊急時や長期連休等の場合は、2営業日とは限りませんので、ご了承ください。**
- ・検査前の血糖値が高い場合、診断が困難になるため、検査を中止とさせて頂く場合があります。
- ・薬剤投与後約2時間は検査区域から退出することはできません。また、検査中はスタッフの放射線被曝を低減するために、マイクでのご案内や防護ガラス越し、距離をおいての患者様対応となります。
- ・安静待機中は、監視カメラによる安全確認を行っています。
- ・車いす移送や介護を必要とされる方には、検査中の付き添いをお願いする場合があります。
- ・紙おむつや、尿取りパッドを使用中の方は、替えをお持ちください。(2～3枚)
- ・薬剤製造機器、撮影検査機器などの保守点検には万全を期しておりますが、機器にトラブルが生じた際には、撮影ができなくなる場合があります。
その際、後日もしくは時間を変更して、検査させて頂きます。
- ・この検査で得られたデータは、検査を受けた患者様が特定出来ないよう十分に配慮した上で、学術研究目的に利用させて頂くことがあります。

琉球大学病院機能画像診断センター
住所：〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字上原207番地 琉球大学病院敷地内
PET/CT検査室受付電話番号： **098-942-3171**

PET/CT 検査予約票

| | | | |
|------|-----------------------------|---|-----------------|
| 検査名 | ^{18}F -FDG-PET/CT | | |
| お名前 | 様 | | |
| 検査日 | 年 | 月 | 日 (曜日) |
| 予約時刻 | 時 | 分 | |
| 受付時刻 | 時 | 分 | までに検査室にお越しください。 |

注意事項

パンフレット“PET/CT 検査のご案内と注意事項”
および“ ^{18}F -FDG-PET/CT 検査説明書”をよくお読み下さい。

当日持参していただくもの

- ・PET/CT 検査予約票
- ・診療情報提供書 (紹介元医療機関から受け取られた書類)
- ・健康保険証
- ・当院の診察券 (お持ちの方)

検査当日は受付時刻までに直接PET-CT検査室へお越し下さい。
2階総合受付で受付の手続きは必要ありません。

備考

検査当日の同伴者 無 ・ 有 (お名前：) 続柄：)
(連絡先：)

PET/CT検査予約申込書 ・ 診療情報提供書

琉球大学病院
機能画像診断センター FIMACC
FAX : 098-942-3175

紹介元医療機関

所在地
名称
電話番号
医師氏名・診療科 (科)

希望日時：令和 年 月 日
(午前・午後) 時 分

| | | |
|------|------------------------|------|
| フリガナ | | 住所 〒 |
| 患者氏名 | | |
| 生年月日 | (M T S H R) 年 月 日(男・女) | |
| 電話番号 | | 携帯番号 |

※以下の欄口をチェック（レ）及び記入してください。

| 病名 | 保険適用疾患 | 適用要件（検査目的） |
|-----|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃がんを除く) 確定病名をご記入ください。 _____ | 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。 疑い病名は保険適応となりませんのでご注意ください。 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 |
| 現病歴 | 貴院所定の紹介状添付でも可 | |

| | |
|------|---|
| 検査部位 | ルーチーン（頭頂部～大腿部） <input type="checkbox"/> その他を希望の場合はご記入ください【 _____ 】 |
|------|---|

| | |
|------|---|
| 患者情報 | 感染症：無 有 (STD HBV HCV HIV MRSA 他) 連絡の配慮が必要な場合はご記入ください【 _____ 】 |
|------|---|