

PET / CT検査 ご依頼方法

① 電話予約をお願い致します。

検査ご予約電話 ⇒ 0977 - 66 - 4116

② 必要項目をお伝えください。

患者氏名・連絡先・生年月日・電話番号・希望検査日・時間帯

③ 診療情報提供書をFAX送信ください。（保険適用の可否を検討させて頂き、不都合があった際はご連絡致します。）

FAX送信先 ⇒ 0977 - 66 - 6441

④ 検査前・当日のご注意を患者さんへお伝えください。

持参物・絶食・ご来院時刻 ※CT・MRI等の画像（CD-ROM・フィルム）がある場合、患者さんへお渡しください。

※お急ぎの場合はその旨をお申し付けください。鋭意対応させて頂きます。

PET / CT検査 保険適応疾患

全ての悪性腫瘍（早期胃癌を除く）の病期、転移・再発診断を目的としたPET / CT検査は保険適応となります。

※悪性腫瘍疑い、良悪性鑑別、原発巣検索の際は、当院にご相談ください。（TEL.0977-66-4116）

PET / MRI検査

臓器によっては、CT画像より情報量の多いMRI画像をPET画像に重ね合わせることで、より精度の高い診断結果を得ることが可能になります。その場合、放射線科専門医の診断により当院にてMRI検査を追加することが御座います。

※PET / MRI検査について、ご不明な点がございましたらお気軽にご連絡ください。

PET / CT検査・PET / MRI検査 検査費用

検査内容	3割負担	2割負担	1割負担
保険診療PET / CT複合検査	29,700 円程度	19,800 円程度	9,900 円程度
保険診療PET / CT複合+MRI検査	34,800 円程度	23,200 円程度	11,600 円程度
自費 PET / CT複合検査	98,800 円程度（全額自費負担）		

※造影剤使用等により検査費用が上がることがあります。

診療情報提供書

医療法人社団上人会 大分先端画像診断センター(ODIC) 担当医 殿

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分～
(診断レポート返送希望日 月 日 午前・午後) ※至急対応を希望される場合、ご記入下さい。

<紹介元施設・ご担当医師情報>

紹介元医療機関名	病院 診療所 クリニック	診療科目	担当医氏名(フルネーム)
TEL ()		科	

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所			確認連絡・緊急時連絡先 — —	外来・入院中
保険適応 臨床診断 病名	悪性腫瘍 ()		保険適応外臨床診断病名	
検査目的	病期診断 転移・再発診断 その他 ()		保険適応外の場合の 自費診療対応	実施する・実施しない ※必ずどちらか片方に○を付けてください。
実施した 画像診断	CT MRI 超音波 その他 () ※過去に実施した画像診断については、出来るだけCD-ROM等お持ち頂きますようお願い申し上げます。			
腫瘍 マーカー			クレアチニン値	mg/dL
糖尿病	無・有(空腹時血糖値:)	歩行	可・不可(車イス・ストレッチャー)	

<臨床経過情報>

身長: cm 体重: kg

告知 未・済

画像出力方法 CD-ROM (DICOM・JPEG) Flex-View (web 配信) フィルム

※検査予約のお電話を頂いた後、依頼内容確認のため当用紙をFAX送信頂きますようお願い申し上げます。
大分先端画像診断センター(ODIC) 検査予約受付 TEL: 0977-66-4116 FAX: 0977-66-6441

診療情報提供書

医療法人社団上人会 大分先端画像診断センター(ODIC) 担当医 殿

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分～
(診断レポート返送希望日 月 日 午前・午後) ※至急対応を希望される場合、ご記入下さい。

<紹介元施設・ご担当医師情報>

紹介元医療機関名	病 院 医 院 診 療 所 ク リ ニ ッ ク	診療科目	担当医氏名(フルネーム)
TEL ()		科	

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所			確認連絡・緊急時連絡先 — —	外来・入院中
保険適応 臨床診断 病 名	悪性腫瘍 ()		保険適応外臨床診断病名	
検査目的	病期診断 転移・再発診断 その他 ()		保険適応外の場合の 自費診療対応	実施する・実施しない ※必ずどちらか片方に○を付けてください。
実施した 画像診断	CT MRI 超音波 その他 () ※過去に実施した画像診断については、出来るだけCD-ROM等お持ち頂きますようお願い申し上げます。			
腫瘍 マーカー			クレアチニン値	mg/dL
糖尿病	無・有(空腹時血糖値:)	歩 行	可・不可(車イス・ストレッチャー)	

<臨床経過情報>

身長: cm 体重: kg

告知 未・済

画像出力方法 CD-ROM (DICOM・JPEG) Flex-View (web 配信) フィルム

検査注意事項

検査予定時刻の30分前にはご来院頂きますよう、お願い申し上げます。

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分～
(診断レポート返送希望日 月 日 午前・午後) ※至急対応を希望される場合、ご記入下さい。

<紹介元施設・ご担当医師情報>

紹介元医療機関名	病院 医院 診療所 クリニック	診療科目	担当医氏名(フルネーム)
TEL ()		科	

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所			確認連絡・緊急時連絡先 — —	外来・入院中

当日ご持参いただくもの

健康保険証(老人医療受給者証) 診療情報提供書 印鑑

食事について

PET/CT検査はブドウ糖の代謝をみる検査です。ブドウ糖は様々な食品に含まれているため、検査の精度を高めるために、食事制限を行わせて頂いております。

○検査開始時刻が午前中の方へ

朝食は絶食のままご来院ください。前日の夕食は何を食べられても問題ありませんが、夜食はなるべく控えて頂くよう、お願い申し上げます。水分は摂って頂いても構いませんが、糖分を含んだものは摂らないよう、ご注意ください。

○検査開始時刻が午後の方へ

検査当日の朝食は朝8時までに済ませて頂くよう、お願い申し上げます。朝食後は水分は摂って頂いても構いませんが、糖分を含んだものは摂らないよう、ご注意ください。

○ブドウ糖の点滴

ブドウ糖の点滴も検査に影響を及ぼすことがありますので、検査当日はお控えください。

検査・費用について

○検査用ブドウ糖(FDG)を注射し、1時間程度安静後、PET/CT装置で30分程度撮影します。撮影後、30分程度安静後、帰宅できます。尚、診断精度向上のためその後、再撮影やMRI検査をすることがあります。

○検査中は検査着に着替えますが、装置の管理上、検査室の室温が23℃程度に保たれており、肌寒い感じがすることがあります。ご来院の際は肌着を1枚お持ち頂くことをお勧めしております。

○検査費用は、3割負担の保険でおよそ3万円程度です。

また、医師の判断により造影検査やMRI検査等追加検査が行われる場合、追加の費用が発生します。また、保険適応が限定されているため、検査の内容によっては保険適応外となり、自費にて9万9千円前後の費用がかかることがあります。その際は主治医の先生とご相談ください。

※検査結果につきましては、紹介元施設の主治医の先生からの説明となります。