

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 必要項目をお伝え下さい。

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送信下さい。(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下さい。

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、患者さんへお渡し下さい。

※お急ぎの場合はその旨をお申し付け下さい。鋭意対応させて頂きます。

PET / CT検査 保険適応疾患

早期胃癌を除く全ての悪性腫瘍の病期、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、当院にご相談下さい。(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。
必要に応じて、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ございます。

※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下さい。

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	35,000円程度	18,000円程度	12,000円程度
保険診療PET / CT複合+MRI検査	46,000円程度	18,000円程度	16,000円程度
自費 PET / CT複合検査	98,000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。
※保険点数改定により負担額が変更致します。

診療情報提供書 (貴院控)

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) ※急ぎの場合は返却の希望日を必ずお書き下さい。

<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>

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

保険適応臨床診断名

(*早期胃癌を除くすべての悪性腫瘍が保険適応となります。)

保険適応外臨床診断名

(*自費診療となります。保険適応についてご不明な場合は当院にご相談下さい。)

MRIの追加 (PET/MRI)	あり (部位) *ご希望の場合は部位をお書き下さい。
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、CD-ROM等でデータを頂きますようお願い申し上げます。
腫瘍マーカー値	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)

*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 (紹介先提出用)

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) ※急ぎの場合は返却の希望日を必ずお書き下さい。

<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>

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

保険適応臨床診断名

(※早期胃癌を除くすべての悪性腫瘍が保険適応となります。)

保険適応外臨床診断名

(※自費診療となります。保険適応についてご不明な場合は当院にご相談下さい。)

MRIの追加
(PET/MRI)あり (部位)
※ご希望の場合は部位をお書き下さい。実施した
画像診断C T M R I 超音波 その他 ()
※過去に実施した画像診断については、CD-ROM等でデータを頂きますようお願い申し上げます。腫瘍
マーカー値

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)

※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

検査注意事項 (受診者控)

受付時間前には必ず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 受付

<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>

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

当日ご持参頂くもの

 健康保険証 (高齢受給者証) 診療情報提供書 お薬手帳

●PET/CT検査を受けられる方へ

PET/CT検査では、FDGというブドウ糖を含んだ薬剤を注射し全身に行き渡ったところで検査を行います。次の事にご注意下さい。

- ①妊娠中またはその可能性のある方は、お申し出下さい。
- ②検査時間は薬剤を注射してから2時間位です。(検査の内容で変わります。)
- ③ブドウ糖が検査データに大きな影響を及ぼしますので、検査当日の点滴(ブドウ糖入り)はお止め下さい。
- ④現在服用中の薬があれば、お薬手帳もしくは薬をお持ち下さい。
- ⑤検査当日の喫煙はお止め下さい。

<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。

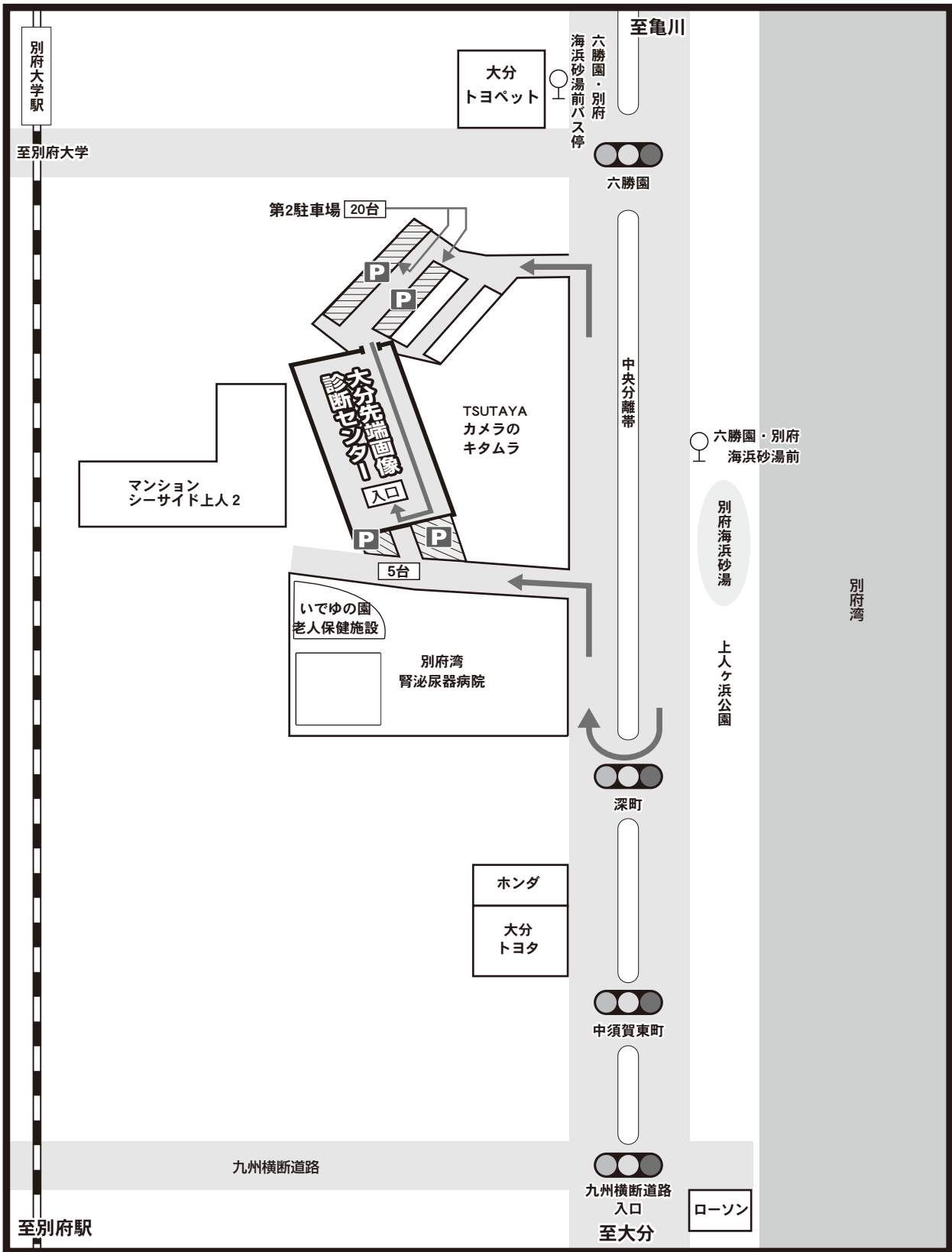
- 受付時間の5時間前から絶食となります。(詳しい時間は、事前連絡にてお伝えします。)
- 水分は摂って頂いても構いませんが、糖分を含んだものは摂らないよう、ご注意ください。
- 前日の夕食は何を食べられても問題ありませんが、夜食はなるべく控えて頂くよう、お願い申し上げます。

<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20分程度の撮影を2回行います。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。ご来院の際は装飾のない無地の肌着を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～4万6千円程度です。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。尚、保険適応が限定されているため、診断名によっては保険適応外となり、自費にて10万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下さい。
- 女性の方へ
検査は下着をはずして検査着を着用して頂きます。念のため無地のインナー(Tシャツ等)を1枚ご用意下さい。



アクセス



- 徒歩 ・ JR日豊本線「別府大学駅」より徒歩 3分
- お車 ・ JR日豊本線「別府駅」より車で15分 ・ 「別府国際観光港」より車で 5分
- ・ 大分自動車道「別府IC」より車で10分

⚠

◎正面エントランス前の駐車台数は5台です。満車の場合は第2駐車場へ駐車ください。

◎ご迷惑になりますので、近隣の駐車場（TSUTAYA、カメラのキタムラ、シーサイド上人2など）に駐車しないでください。