

心サルコイドーシス PET 検査申込書		年	月	日
希望日	FAX でお申込みの際にご記入ください。			
予約日	年	月	日 ( )	12 時 (限定の予約枠となります)
ご紹介診療機関名	ご紹介医師名 ( ) 科 印			
患者情報	(フリガナ)		電話番号 ( )	
	氏名	男 ・ 女		
患者情報	生年	年	月	日
	月日	歳	身長	cm/体重 kg
注意事項	<p><b>検査前 18 時間絶食</b>です。食事制限の詳細は別紙でご案内しております。</p> <p>車椅子など介助を必要とされる方は検査中(約 2 時間半)の付き添いが必須です。CT 装置内で仰臥位または側臥位を約 40 分間保てない方は PET-CT を撮影できません。センターでは内服薬を処方できません。鎮静剤等を投与する検査は承っておりません。</p>			
心サル FDG-PET 重要 確認事項  1-4 から ご選択 ください	<p>心臓サルコイドーシスの臨床診断基準に合致する症例が保険適応です。 心臓に関して未評価の症例は保険適応外です。適応条件を遵守してください。</p>			
	□1	<p><b>【心外病変でサルコイドーシスと診断</b>されている場合】 <b>心電図/心エコーで異常あり。心臓病変を疑う所見を認める症例</b>の診断時</p>		
	□2	<p><b>【心臓病変で初発し心臓サルコイドーシスを疑う場合】</b> <b>サルコイドーシスによる心臓病変が強く疑われる所見がある症例</b>の診断時 《心臓サルコイドーシス診断の手順から抜粋》中高年女性の完全房室ブロックや2枝ブロック。 心室中隔基部の菲薄化。心室壁肥厚と菲薄化の混在。左室壁運動の不均一性(局所的な心室瘤)など</p>		
	□3	<p><b>【心臓サルコイドーシスの臨床診断基準に合致し、</b> <b>心臓サルコイドーシスの治療中】</b>心臓の活動性炎症を評価する目的</p>		
	□4	<p><b>【自費 PET 検査】</b>上記 1-3 に該当しない場合は<b>自費</b>でのご案内となります。 1-3 をご選択いただいても当方で保険適応外と判断させていただいた場合は自費検査となります。 トラブルを防ぐため、正しくご申告ください。 自費心サル PET 検査費用； 約 10 万円</p>		
<p>◆ 肺や皮膚など心臓以外の病変を評価する目的は保険適応ではありません。 <b>心臓などと記載されても認められません。保険適応の条件を遵守してください。正しく申告してください。</b></p> <p>◆ 肺など他臓器のサルコイドーシスと診断され、<b>心サル臨床診断基準に合致しないが、心臓病変の有無を</b>評価したい場合は保険適応ではありません。</p> <p>◆ <b>心臓サル臨床診断基準に合致しないが、心筋症の鑑別診断として活動性炎症性病変の有無を</b>評価したい場合は保険適応ではありません。</p>				
<p><b>心サル PET 検査の中止基準は『血糖値：150mg/dl』です。</b></p>				
<p><b>【必須】この検査申込書とは別に紹介状を作成の上、患者様にお渡しください。</b></p>				
<p>必要な検査画像を CD (DVD) にて郵送いたします。ご選択ください※チェックがない場合は通常版とします  <input type="checkbox"/> 通常版 (1400 枚：600MB)    <input type="checkbox"/> 簡略版 (400 枚：310MB)</p>				

1. FDG PET, PET/CT 診療ガイドライン、心臓サルコイドーシスの診療ガイドライン【心臓サルコイドーシスの診断手順】に従いPET 検査の依頼を承ります。
2. 肺や皮膚など心臓以外のサルコイドーシス病変を評価する目的は保険適応ではありません。
3. 保険診療と自費検査を正しくご申告ください。
4. **本票（検査申込書）**を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」を FAX いたします。
5. 検査予約確認書に『保険診療』で承ることが可能か『自費検査』となるか記載しております。ご確認ください。
6. 至急検査が必要な場合は、予約電話の際にお伝えください。できる限りご要望にお応えできるよう尽力致します。尚、ご希望日の状況次第で、検査枠の調整に時間を要することもございます。何とぞご容赦ください。
7. 誠に恐縮いたしますが、本票（検査申込書）とは別に貴院の様式で紹介状を作成していただきますようお願い申し上げます。
8. 検査当日、患者様が紹介状を持参されず、依頼内容の詳細が不明の場合は、PET 検査ができません。
9. 事前に紹介状を FAX していただける場合は、下記宛てに送信をお願いいたします。

静岡県立総合病院 PET イメージングセンター FAX【054（248）7755】

10. 検査当日、患者様が紹介状をご持参されなかった場合は、貴院へご連絡申し上げます。貴院から FAX が届くまでの間お待ちいただき、検査開始時間を変更するなど柔軟に対応させていただきますが、時間経過とともに放射性物質は減衰（薬剤の放射線量が低下）します。【18F（FDG）の半減期は約 110 分】 放射性物質が規定の投与量以下に減衰した場合は、当日中に検査を実施できません。何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。尚、事前に紹介状を FAX で送信（または郵送）していただいている場合は、FAX 内容に従い検査を実施させていただきます。
11. 検査説明書・同意書に沿って患者様・ご家族様にご説明ください。

2025 年 8 月 静岡県立総合病院 PET イメージングセンター

PET 検査のご予約には以下が必要です。

【予約時】検査申込書(この用紙の 1 枚目)の該当項目を選択の上、FAX で送信してください。

【検査当日】貴院の様式の紹介状(検査依頼/情報提供)を患者様にご持参ください。