

PET検査のご案内

静岡県立総合病院 PETイメージングセンター

ご予約・お問い合わせ先（月曜日～金曜日 9:00～17:00）

静岡県立総合病院 PETイメージングセンター 受付

TEL 054-248-7777 TEL 054-248-8822（医師会専用）

FAX 054-248-7755（24時間）

PET検査のご予約方法

方法① 電話お申し込み

(月～金曜日9:00～17:00)

TEL : 054-248-7777

検査枠のご予約

① 電話にて、ご連絡いただく内容

1. 貴院名、貴科名、ご担当医師名
2. 患者様のお名前
3. 検査希望日時

② 「PET/CT検査予約申し込み書」に必要事項をご記入の上、「貴施設カルテの最初のページ(保険情報、患者様住所等記載)」の写しを添えてFAXにてお送りください。

③ 検査日時確定後、検査日時を記入した「予約確認書」を 当院よりFAXにてお送りします。貴施設にて保存してください。

④ 「PET/CT検査予約申込書」「診療情報提供書(紹介状)」「同意書」は、封筒に入れ患者様にお渡しください。



方法② FAXお申し込み

(24時間受付)

FAX : 054-248-7755

検査枠のご予約

① 「PET/CT検査予約申し込み書」に必要事項をご記入の上、お送りください。

※ 検査希望日がある場合は、希望日もご記入ください。

② 「貴施設カルテの最初のページ(保険情報、患者様住所等記載)」の写しをFAXにてお送りください。

③ 検査日時確定後、検査日時を記入した「予約確認書」を 当院よりFAXにてお送りします。貴施設にて保存してください。

④ 「PET/CT検査予約申込書」「診療情報提供書(紹介状)」「同意書」は、封筒に入れ患者様にお渡しください。



患者様へのご説明

「PET/CT検査説明書・同意書」に従ってご説明いただき、「PET/CT検査同意書」の担当医欄にご署名、捺印の上、患者様にお渡しください。

患者様には、検査当日は、以下のものをご持参されますようお願いください。

1. PET/CT検査予約申し込み書
2. 診療情報提供書(紹介状)
3. PET/CT検査同意書
4. 保険証 ※①～③の必要な書類 ①マイナ保険証(マイナンバーカード) ②資格確認書 ③令和7年12月1日まで今お持ちの保険証

※ 「PET/CT検査予約申し込み書」、「PET/CT検査説明書・同意書」がお手元に無い場合、当院ホームページ で、PDFデータをダウンロードしてください。

※ 検査後の結果説明は当センターではいたしません。検査日から約5日(土日を除く)で検査結果を郵送いたします ので、患者様への結果説明をよろしくお願いいたします。

ご予約・お問い合わせ先 (月曜日～金曜日 9:00～17:00)

静岡県立総合病院 PETイメージングセンター 受付

TEL 054-248-7777 TEL 054-248-8822 (医師会専用)

FAX 054-248-7755 (24時間)

PET検査一覧表

保険適用/自費の検査

	検査項目	検査薬品	投与後 撮影開始時間	撮影 時間	適用・検査目的	前処置 注意事項	検査費用 (10割負担)	検査費用 (3割負担)	書類
全身	悪性腫瘍	¹⁸ F-FDG	1時間後	20分	悪性腫瘍(早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む)で他の検査、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場合	5時間絶食 前日運動禁止	107,000	33,000	様式1-1 様式2-1
	血管炎	¹⁸ F-FDG	1時間後	20分	大型血管炎(高安動脈炎など)と診断がついており、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない場合	5時間絶食 前日運動禁止	107,000	33,000	様式1-2 様式2-1
心臓	心疾患 (心サルコイドーシス)	¹⁸ F-FDG	1時間後	40分	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断	18時間絶食 前日運動禁止	95,000	29,000	様式1-3 様式2-2
脳	てんかん	¹⁸ F-FDG	1時間後	30分	難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる場合	5時間絶食 前日運動禁止	107,000	33,000	様式1-4 様式2-1
	脳βアミロイド検査	¹⁸ F-ヒサミル	90分後	20分	アルツハイマー型認知症におけるβアミロイドの脳内蓄積の診断 ※レカネバブ・ドナネバブ投与施設のみ	なし	265,000	80,000	【保険】 様式1-5-1 様式2-3-1 【自費】 様式1-5-2 様式2-3-2

自費のみ検査

	検査項目	検査薬品	投与後 撮影開始時間	撮影 時間	適用・検査目的	前処置 注意事項	保険点数(円) ※薬価を含む	検査料 (税込み)	書類
脳	脳メチオニン検査	¹¹ C-MET	20分後	30分	脳腫瘍の診断	5時間絶食	—	60,500	様式1-6 様式2-4

- ※ キャンセルの際は前日17:00までに当院PETセンター受付までご連絡をお願い致します。
- ※ 検査費用は初診時・3割負担の目安となっております。
- ※ PET検診は当院では直接の検診を行っておりません。ご希望の際は検診機関へお問い合わせをお願い致します。
- ※ 保険適用の検査を自費検査として実施する場合、検査費用は保険検査10割の金額となります。

ご予約・お問い合わせ先 (月曜日～金曜日 9:00～17:00)
静岡県立総合病院 PETイメージングセンター 受付
TEL 054-248-7777 TEL 054-248-8822 (医師会専用)
FAX 054-248-7755 (24時間)