

前立腺がんガリウム PET/CT 検査予約方法のご案内

前立腺がんガリウム PET/CT 検査をご依頼くださる医療機関の先生へ

- ☐ 地域医療連携室に直接電話でお申込み下さい。
- ☐ 予約時間枠は火曜日および木曜日の 14 時をご用意しています。

地域医療連携室：043-264-5633 受付時間：平日午前 9 時～午後 5 時

1. 予約時に確認させていただく情報

- 患者さんのお名前・生年月日・自宅の電話番号
- 傷病名（前立腺癌およびその他悪性腫瘍の診断）
- 検査目的^{注1}（紹介目的の保険検査のみ承っております）
- 身長・体重・感染症の有無
- ペースメーカー・植込み型除細動器（ICD）・持続グルコース測定器 の有無^{注2}
- 自立歩行の可・不可
- 高額な検査であることのご了承（10 割負担で約 55 万円の検査になります）

^{注1} 以下の項目に全て該当している場合のみ保険適応となります。

- ・新規アンドロゲン受容体シグナル阻害剤（ARSI）を施行している。
- ・去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）である。
- ・画像診断（CT、MRI、骨シンチ、PET 等）で遠隔転移を認める。
※所属リンパ節転移は遠隔転移に含まれません。

^{注2} 植込み型除細動器（ICD）のある方は検査をお受けしておりません。

2. 検査日時が決まりましたら、患者さんに別紙の前立腺がんガリウム PET/CT 検査説明書（患者用）／検査予約票（当院ホームページからダウンロードが可能です）に沿って注意事項をご説明いただき、患者氏名・検査日時をご記載の上、お渡してください。

3. 患者さんにお持ちいただくもの

- マイナンバーカード又は資格確認書ならびに各種医療受給者証
- 診療情報提供書（病名・検査目的・治療経過・病理診断結果・腫瘍マーカー値等のご記載をお願い致します）
- 前立腺がんガリウム PET/CT 検査説明書（患者用）／検査予約票
- CT・MRI 等の CD-R 又はフィルム（診断の参考に致しますので、できるだけお持ちください）

4. 受診

- 初診の方はカルテを作成する手続きと検査前準備などの為、1 時間半前に「初診受付」にお越しいただいております。

5. 検査結果報告書は、検査結果や画像（CD-R）と共に、後日地域医療連携室より、担当医宛に郵送いたします。