

紹介先医療機関

医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院 担当医 殿

**<sup>68</sup>Ga-PSMA-PET検査依頼書**  
(診療情報提供書)

FAX番号 072-277-1136

検査予約日時	年	月	日 ( )	午前	午後	時	分
フリガナ				錦秀会共通診察券番号 ( )			
受診者氏名			生年月日	年	月	日	
受診者住所	〒	-			電話番号 ( )	-	
ご紹介医療機関名				電話番号			FAX
診療科・担当医				科	先生		
診断名	<input type="checkbox"/> 去勢抵抗性前立腺癌						
検査目的(保険)	<input type="checkbox"/> PSMA標的療法前の適用判定						
保険適用確認	・過去にARSI薬剤を1剤以上使用したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(保険適用外) ・治療を予定されている医療機関 <input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 他施設：( ) <input type="checkbox"/> 予定がない(保険適用外)						
病期診断、再発転移診断、治療効果判定、研究目的は保険適用外です。							
ARSI /抗癌剤 使用歴	<input type="checkbox"/> エンザルタミド <input type="checkbox"/> アビラテロン <input type="checkbox"/> アパルタミド <input type="checkbox"/> ダロルタミド <input type="checkbox"/> ドセタキセル <input type="checkbox"/> カバジタキセル						
禁忌等	・ICD(埋込型除細動器)を装着されている場合は、事前にお知らせください。 ・バリウム検査後から1週間以内の検査は出来ません。						
検査目的・現病歴・検査結果など ☆依頼内容により保険適用下ではないと考えられる場合には、連絡させていただく場合があります。 ☆読影精度向上のため、参照画像があれば患者様にお渡しください。							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中：	身長( )cm		体重( )kg		
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> WR	<input type="checkbox"/> その他：	
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	ICD(埋込型除細動器)		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
持続点滴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要( )			
腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) (水分制限有の場合検査時飲水量(0~500ml)： ml)						
検査結果配達希望日	月 日までに			<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望			

※依頼用紙をご記入後、上記FAX番号へご送信ください。



必要事項をご記入の上、この用紙をファックスしてください。  
 原本は患者様にお渡しください。

紹介先医療機関

医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院 担当医 殿

**<sup>68</sup>Ga-PSMA-PET検査依頼書**  
(診療情報提供書)

FAX番号 072-277-1136

検査予約日時	年 月 日 ( )		午前	午後	時	分
フリガナ			錦秀会共通診察券番号 ( )			
受診者氏名	生年月日	年	月	日		
受診者住所	〒	-	電話番号 ( )		-	
ご紹介医療機関名	電話番号		FAX			
診療科・担当医	科		先生			
診断名	<input type="checkbox"/> 去勢抵抗性前立腺癌					
検査目的(保険)	<input type="checkbox"/> PSMA標的療法前の適用判定					
保険適用確認	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(保険適用外) <input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 他施設：( ) <input type="checkbox"/> 予定がない(保険適用外)					
病期診断、再発転移診断、治療効果判定、研究目的は保険適用外です。						
ARSI /抗癌剤 使用歴	<input type="checkbox"/> エンザルタミド <input type="checkbox"/> アビラテロン <input type="checkbox"/> アパルタミド <input type="checkbox"/> ダロルタミド <input type="checkbox"/> ドセタキセル <input type="checkbox"/> カバジタキセル					
禁忌等	<input type="checkbox"/> ICD(埋込型除細動器)を装着されている場合は、事前にお知らせください。 <input type="checkbox"/> バリウム検査後から1週間以内の検査は出来ません。					
検査目的・現病歴・検査結果など						
☆依頼内容により保険適用下ではないと考えられる場合には、連絡させていただく場合があります。 ☆読影精度向上のため、参照画像があれば患者様にお渡しください。						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中：	身長( )cm	体重( )kg		
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> WR	<input type="checkbox"/> その他：			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	ICD(埋込型除細動器)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
持続点滴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )	介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要( )		
腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) (水分制限有の場合検査時飲水量(0~500ml)： ml)					
検査結果配達希望日	月 日までに		<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望			

※依頼用紙をご記入後、上記FAX番号へご送信ください。



医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院

阪和インテリジェント医療センター

堺市中区深井北町3176 TEL 072-277-1412(直通) FAX 072-277-1136

PSMA

必要事項をご記入の上、この用紙をファックスしてください。

この用紙はお手元に保管してください。

**<sup>68</sup>Ga-PSMA-PET検査予約票**

TEL : 072-277-1412

検査予約日時	年	月	日 ( )	午前	午後	時	分
フリガナ				錦秀会共通診察券番号 ( )			
受診者氏名				生年月日	年	月	日
受診者住所	〒	—			電話番号 ( )	—	

\*この検査では、大変高価な薬剤を当院が事前準備いたします。

その薬剤は使用期限が大変短く、急な日時変更やキャンセル、また検査開始時間に大幅に遅れた際は薬剤を廃棄しなければなりません。

- ・検査前にご体調を崩されたり、急な冠婚葬祭のご予定が入った場合など、検査日の変更/キャンセルを希望される際は、必ず上記電話番号までご連絡ください。
- ・当日の無断キャンセルの場合は、キャンセル料を請求させていただく場合があります。

## 検査に関する注意事項

検査前日・当日のお過ごし方、お食事について

- ・検査前日および当日は激しい運動はしないようにしてください。
- ・検査前の絶飲食は必要ありません。

## ◎内服について

- ・普段服用されているお薬は内服していただいて結構です。

## ◎その他

- ・お車でご来院の方は、当センターの駐車場をご利用ください。(別紙の駐車場案内を参照してください)
- ・来院出来ない場合や検査に遅れる場合は、阪和インテリジェント医療センターまでご連絡ください。
- ・撮影は約25分間程度で終了しますが、痛みなどで長く仰向けに寝ることが困難な方はご相談ください。
- ・車いす等が必要な方はお知らせください。
- ・一人で検査が受けられない方は、お付き添いをお願いいたします。
- ・検査は前後準備を含めると約2時間半～3時間かかりますので、当日の日程には十分余裕をもってお越しください。

## 当日のお持ち物

1. 医療機関からの紹介状(検査依頼書)
2. マイナ保険証または資格確認書各種、お薬手帳、錦秀会共通診察券(お持ちの方)
3. 検査予約票(本状)、検査同意書



医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院

**阪和インテリジェント医療センター**

堺市中区深井北町3176 TEL 072-277-1412(直通) FAX 072-277-1136

この用紙は患者様にお渡しください。

**PSMA**

# PSMA-PET検査に関する説明及び同意書

## 1 PSMA-PET検査について

PET検査とは「ポジトロン断層撮影法」のことで、全身や脳、心臓などの働きを断層画像としてとらえ、病気の原因や病状を的確に診断する検査です。

PSMAは「前立腺特異的膜抗原」とよばれるタンパク質です。前立腺癌には非常に多くのPSMAが発現しており、特に転移癌、進行癌でより強く発現する特徴があります。PSMA-PET検査は、前立腺癌やその転移にPSMAが存在し、放射性リガンド療法の対象となるかどうかを確認する目的で行われます。

## 2 検査の概要

実際の検査では、 $^{68}\text{Ga}$ -PSMA-11( $^{68}\text{Ga}$ ゴゼトド)という、ごくわずかな放射性同位元素を含んだお薬を静脈に注射します。注射後には60分程度安静にさせていただきます。その後、検査前に排尿していただき、全身にお薬が集まる様子を撮影します。検査中(20分程度)は仰向けのまま動かさずにじっとしていただく必要があります。場合により、追加撮像を行うことがあります。

## 3 PSMA-PET検査でうける被ばくについて

$^{68}\text{Ga}$ -PSMA-11は放射性同位元素を含むため、投与された人はわずかですが被ばくをうけることになります。これにCT検査分の被ばく線量に加わり1回の検査で平均8.4ミリシーベルト程度の被ばく線量になります。これによる急性の放射線障害が起こることはありません。

## 4 副作用について

本検査で使用するお薬について重篤な副作用の報告はありませんが、このお薬を使用した臨床試験の中ではまれな副作用として、倦怠感、嘔気、便秘、嘔吐、注射部位の痛み、腫れ、口内乾燥などが報告されています(いずれも1%未満)

## 5 検査前の準備

- ① 検査前は飲食をしていただいてもかまいません。
- ② 常用薬は、医師から特別な指示がない限り、普段通りに服用可能です。  
ただし、前立腺癌治療薬(ホルモン療法薬、抗がん剤)は検査結果に影響することがありますので、必ずお知らせください。
- ③ 検査前日・当日の激しい運動は避けてください。
- ④ 来院後、当院で用意した検査着に着替えていただきます。検査着の下にTシャツなどを着用していただいても結構です。金属性の装飾品や金属のついた衣服(ネックレス、ワイヤーの入った下着など)、湿布、エレキパン、カイロなどは更衣時にはずしてください。
- ⑤ 検査直前にトイレで排尿を済ませていただきます。

## 6 検査後について

検査後2時間程度は妊婦の方や、乳幼児との接触を避けてください。

## 7 安全な検査のために

以下の項目に該当される方は検査前にお知らせください。

- ・ 乳幼児がいる方(検査当日はだっこ・おんぶをするのは避けてください)
- ・ 30分程度同じ姿勢を保つことが難しい方

## 8 その他

- ・ 当院の個人情報保護方針に基づき、検査データ等を個人が特定できない形で臨床研究・教育・統計等に利用させていただく場合がありますのでご了承ください。
- ・ PET検査は多くの精密機器が使用されています。機械のトラブル、薬剤調整の遅延などで検査開始時間が遅れる場合や、検査が行えない場合もありますのでご了承ください。
- ・ 保険負担割合が3割の患者様の場合は約16万円の検査費用となります。
- ・ 患者様都合による当日の検査キャンセルの場合は、検査薬代(約25万円)を請求させていただく場合がございます。キャンセルの連絡は前日の17時までにお願います。

説明者 \_\_\_\_\_

## 同意書

私は、検査に関する説明を十分に理解し納得しましたので、  
医療法人錦秀会 阪和第二泉北病院 阪和インテリジェント医療センターで検査を受けることに同意します。

年 月 日

受診者様氏名 \_\_\_\_\_ (印) (自署の場合捺印不要)

代理者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

代理者住所 \_\_\_\_\_

# PSMA-PET検査の流れ

1

## 受付・更衣

検査の受付をいたします。  
次に問診票をご記入いただき  
検査着に着替えていただきます。

2

## 問診

検査前に  
問診をします。



3

## 注射・採血

検査薬を  
静脈注射します。



4

## 安静 (60分)

専用の待機室にて60分間  
安静にさせていただきます。



5

## PET/CT検査

約25分間程度の撮影を行います。



6

## 検査終了

検査は約2時間半～3時間で終了  
します。

7

## 会計

お支払いを済ませてください。

検査結果は**4日以内**に主治医の先生  
にお渡しいたします。  
お急ぎの場合はお申し出ください。

患者様にお渡しください。



Access Map

- 南海高野線・中百舌鳥  
 大阪メトロ御堂筋線・なかもず  
 南海バス → もず陵南町 西南へ徒歩5分 →  
 タクシー(2.2km)
- JR阪和線・上野芝  
 南海泉北線・深井  
 病院送迎バス →  
 タクシー(1.7km)
- 阪神高速堺線終点  
 26号線 浜寺中学校左折 約10分 →
- 阪和自動車道  
 堺出口 約15分 →

阪和インテリジェント医療センター

「最寄り駅までの送迎もありますのでご相談ください」



駐車場は敷地内にあるのでお車で門の中にお入りください。

送迎バス時刻表

上野芝駅

	平日	
	上野芝→病院行き	病院→上野芝行き
7時	15 40	05
8時	00 20 40	
9時	25 55	15 45
10時	15 40	05 30
11時	15 40	05 30
12時	30 55	20 45
13時	20 50	10 40
14時	20	10
15時	30	20 50
16時	00 50	40
17時	15 40	05 30 55
18時	05 30 55	20 45
19時		25
20時		15

JR上野芝駅前

南海泉北線 深井駅前

**送迎バスをご利用の場合は  
運転手に声をかけてください**

深井駅

	平日	
	深井→病院行き	病院→深井行き
7時	15 40	05
8時	00 20 40	
9時	25 55	15 45
10時	15 40	05 30
11時	15 40	05 30
12時	30 55	20 45
13時	20 50	10 40
14時	20	10
15時	30	20 50
16時	00 50	40
17時	15 40	05 30 55
18時	05 30 55	20 45
19時		25
20時		15