

医療機関用

PSMA-PET検査紹介時のご案内（医療機関向け）

1. 予約申込について

PSMA-PET検査をご依頼頂く際は、以下の書類を患者支援センターまでFAXでお送りください。

- ・ PSMA-PET検査申込書（診療情報提供書、2枚）
- ・ PSMA-PET検査に関する説明書・検査同意書（署名済み）
- ・ FAX事前予約申込書（患者支援センター宛）

なお、検査当日は各書類の原本をご持参くださいますようお願いいたします。

※山口大学医学部附属病院公式ホームページ内の泌尿器科紹介ページよりダウンロードしてください。

2. 画像データのご提供について

PSMA-PET画像の読影および診療方針の決定にあたり、これまで実施された画像検査（CT、MRI、骨シンチグラフィ、FDG-PET等）がございましたら、画像データをご提供ください。

3. 保険診療の適応について

PSMA-PET検査は保険診療上、放射線リガンド療法（¹⁷⁷Lu-PSMA-617：プルヴィクト®）の適応判定を目的として実施されます。紹介にあたっては、以下の条件をご確認ください。

- ・ 去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）である
- ・ 遠隔転移を有する
- ・ 放射線リガンド療法を検討している
- ・ アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）の治療歴を有する。

4. 保険診療について

当院では現時点では保険診療によるPSMA-PET検査のみ実施しております。保険適用外での検査をご希望の場合は、事前に当院泌尿器科までお問い合わせください。

5. 再検査について

PSMA-PET検査は、原則として放射線リガンド療法の適応判定を目的として実施します。再検査をご希望の場合は、その必要性について診療情報提供書へご記載ください。

6. 患者さんへの説明について

本検査は比較的高額な検査となります。自己負担額や高額療養費制度についても、あらかじめ患者さんへご説明いただきますようお願いいたします。

7. 放射線リガンド療法をご希望の場合

PSMA-PET陽性例で当院における放射線リガンド療法をご希望の場合は、申込書の該当欄をご記入ください。検査結果に加え、全身状態、血液検査所見、病勢および治療歴を総合的に評価し、適応を判断いたします。

今後とも地域医療連携にご協力賜りますようお願い申し上げます。

FAX用

令和 年 月 日



PSMA-PET検査申込書（診療情報提供書）
FAX送信先：0836-22-2474 患者支援センター

山口大学医学部附属病院 泌尿器科 宛

【問い合わせ先】 TEL：0836-22-2167

医療機関名：

醫師名：

住 所：

電話：

FAX :

	フリガナ		生年月日	
	氏名		TEL	
			山口大学受診歴	有（ID: ）・無
	住所		検査希望日	① 月 日
				② 月 日
				③ 月 日
患　者 情　報	以下の□内に☑チェックを記入してください（すべてを満たす必要があります） ☐ 去勢抵抗性前立腺癌の診断を受けている ☐ 遠隔転移が確認されている ☐ プルヴィクト静注（177Lu-PSMA-617）を用いた放射線リガンド療法を考慮している ☐ 以下のいずれかの薬剤治療歴がある（1剤以上） ☐ アピラテロン（商品名：ザイティガ） ☐ エンザルタミド（商品名：イクスタンジ） ☐ アパルタミド（商品名：アーリーダ） ☐ ダロルタミド（商品名：ニュベクオ）			
	【治療経過】			
	過去に保険診療でPSMA PETを受けたことがある場合は、今回PETが必要な理由も詳細に記載ください			
	【既往歴/併存疾患】			
確　認　事　項	酸素	☐ 無 ☐ 有（ L）		
	アルコール過敏症	☐ 無 ☐ 有（症状： ）		
	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有		
	癌の家族歴	☐ 無 ☐ 有（詳細： ）		
	認知機能低下	☐ 無 ☐ 有		
	尿失禁	☐ 無 ☐ 有		
	移動方法	☐ 歩行（杖使用 ☐ 無 ☐ 有） ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
	更衣・排泄	☐ 自立 ☐ 一部解除 ☐ 全介助		
	放射線リガンド療法	☐ 山口大学医学部附属病院で希望 ☐ 他院で希望		
	遺伝子パネル検査	☐ 希望あり ☐ 希望なし		

※同意書(署名済み)を添付してください。

山口大学医学部附属病院

FAX用

検査値は可能な範囲で直近の結果をご記入ください。

検査日： 年 月 日

血算・白血球分画	
WBC (/ μ L)	
好中球 (%)	
Hb (g/dL)	
Plt ($\times 10^4$ / μ L)	

生化学	
Crea (mg/dL)	
eGFR	
腫瘍マーカー	
PSA (ng/mL)	

病状	
TNM分類	T () N () M ()
Initial PSA	() ng/mL
Gleason score	GS: () + () = () (☐ 生検標本 ☐ 全摘標本)
ARSI使用数	☐ 1 剤 ☐ 2 剤以上 (使用薬剤:)
リンパ節転移	☐ 無 ☐ 有 (☐ 所属内LN ☐ 所属内 + 所属外LN)
骨転移	☐ 無 ☐ 有 (EOD :)
肺転移	☐ 無 ☐ 有 (☐ 単発 ☐ 多発)
肝転移	☐ 無 ☐ 有
その他の転移	☐ 無 ☐ 有 (部位 :)
Valiant histology	☐ 無 ☐ 有 (Component :)
オピオイドの使用	☐ 無 ☐ 有

患者さん用

PSMA-PET検査に関する説明書

1. 病状とPSMA-PET検査について

あなたの病気は前立腺がんで、放射線リガンド療法という治療が検討されています。この治療が有効かどうかを判断するために 68Ga-PSMA-11 PET検査（以後、PSMA-PET検査）を受ける必要があります。前立腺がんの治療では、男性ホルモン（アンドロゲン）の働きを抑える治療（ホルモン療法）が重要な役割を果たします。進行した前立腺がんでは、ホルモン療法として、アピラテロン（ザイティガ®）、エンザルタミド（イクスタンジ®）、アパルタミド（アーリーダ®）、ダロルタミド（ニューベクオ®）などのアンドロゲン受容体シグナル阻害薬（Androgen Receptor Signaling Inhibitors: ARSi）を組み合わせる治療を行うことが一般的になっています。これらの治療により、多くの場合、病気の進行を一定期間抑えることができます。しかし、治療を続けていても時間の経過とともに効果が弱くなり、病気が進行してしまうことがあります。この状態を去勢抵抗性前立腺癌（Castration-Resistant Prostate Cancer: CRPC）と呼びます。CRPCに進行した場合には、次の治療選択肢として化学療法や新しい治療法が検討されます。その一つが、現在検討されている放射線リガンド療法です。

PSMA-PET検査は、放射性同位元素を含む「放射性医薬品」である 68Ga-PSMA-11 という薬剤を注射し、前立腺がんやその転移に集まった薬剤の分布をPET/CT装置で撮影します。この検査で、薬剤が前立腺がんや転移病変に十分集積していることが確認できた場合に、放射線リガンド療法の適応を検討することができます。

PET検査は、がんやアルツハイマー病などの検査として広く普及しています。しかし、このPSMA-PET検査は特殊な放射性医薬品を使用するため、実施できる医療機関が限られています。山口大学医学部附属病院では、2026年7月1日よりPSMA-PET検査を実施できる体制が整い、検査を希望される他院の患者さんの受け入れを開始しております。

2. PSMA-PET検査の保険適用

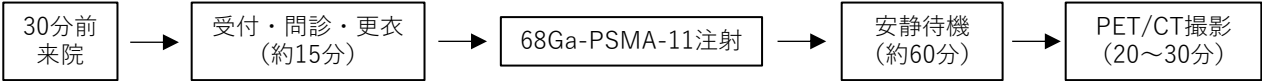
PSMA-PET検査は、わが国で健康保険の適用があります。ただし一定の条件があり、放射線リガンド療法（177Lu-PSMA-617：プルヴィクト）を検討している方に限定されます。それ以外の場合は利用できません。

3. 検査の方法

PSMA-PET 検査では、特に絶飲食の必要や薬の制限はありません。常用薬がある方は普段通りに服薬してください。検査開始時間の30分前に、山口大学医学部附属病院 B棟1階RI受付までお越しください。受付後、まず看護師により検査説明・問診を行います。その後、68Ga-PSMA-11 を注射します。60分ほど休んでいただいた後、約20～30分間、PET/CT装置で撮影を行います。来院から帰宅まで、所要時間は全部でおよそ120分程度です。

***遅れると検査ができなくなる場合がありますので来院時間は厳守してください。他の検査や薬剤合成の都合で、長くお待ちいただく場合があります。**

【検査当日の流れ】



患者さん用

PSMA-PET検査に関する説明書

4. 放射線被ばく

PSMA-PET検査では、放射性医薬品である⁶⁸Ga-PSMA-11を使用し、PET/CT装置による撮影を行います。そのため、放射性医薬品およびCT撮影による放射線被ばくがあります。被ばく線量は約5～10ミリシーベルトで、一般的な体幹部CT検査と同程度、あるいはやや少ない程度です。この程度の放射線被ばくによって健康へ重大な影響が生じる可能性は極めて低いと考えられています。検査によって得られる診断情報は、今後の治療方針を決定するうえで非常に重要です。

5. 副作用

⁶⁸Ga-PSMA-11は世界各国で使用されている放射性医薬品であり、重大な副作用は極めてまれです。これまでに報告されている副作用として、倦怠感、吐き気、便秘、嘔吐などがありますが、いずれも頻度は低く、多くの場合は軽度で一時的です。検査中や検査後に体調の変化がありましたら、遠慮なく担当医師またはスタッフへお知らせください。

6. 検査のキャンセル

⁶⁸Ga-PSMA-11は、患者さんごとに検査当日に合わせて製造・調製される高額な放射性医薬品です。そのため、予約当日の変更やキャンセルは原則としてお受けできませんのでご了承ください。体調不良などやむを得ない事情で予約変更またはキャンセルが必要となった場合は、できるだけ早く紹介元医療機関へご連絡した上、検査 前日（前日が休日の場合は直近の平日）16 時までに患者支援センター（電話番号：0836-22-2474、受付時間：平日 9時～17時）までご連絡下さい。

7. 検査費用

PSMA-PET検査は比較的高額な検査です。自己負担額の目安3割負担：約16～18万円、2割負担：約10～13万円、1割負担：約5～7万円です。なお、高額療養費制度の対象となる場合があります。詳しくは紹介元医療機関または当院へお問い合わせください。

8. 周囲の方への影響

検査後しばらくの間は、体内からごく微量の放射線が放出されます。そのため、検査当日は乳幼児や妊娠中の方との長時間にわたる密接な接触は、できるだけ避けていただくようお願いします。通常の日常生活を送ることは可能ですが、不安な点がありましたら担当スタッフへご相談ください。

9. 検査データの取り扱い

山口大学医学部附属病院では、医療の質の向上と医学の発展を目的として研究を行っています。検査結果や治療経過などを、個人が特定されないよう十分に匿名化したうえで、学術研究・学会発表・論文等に利用させていただくことがあります。

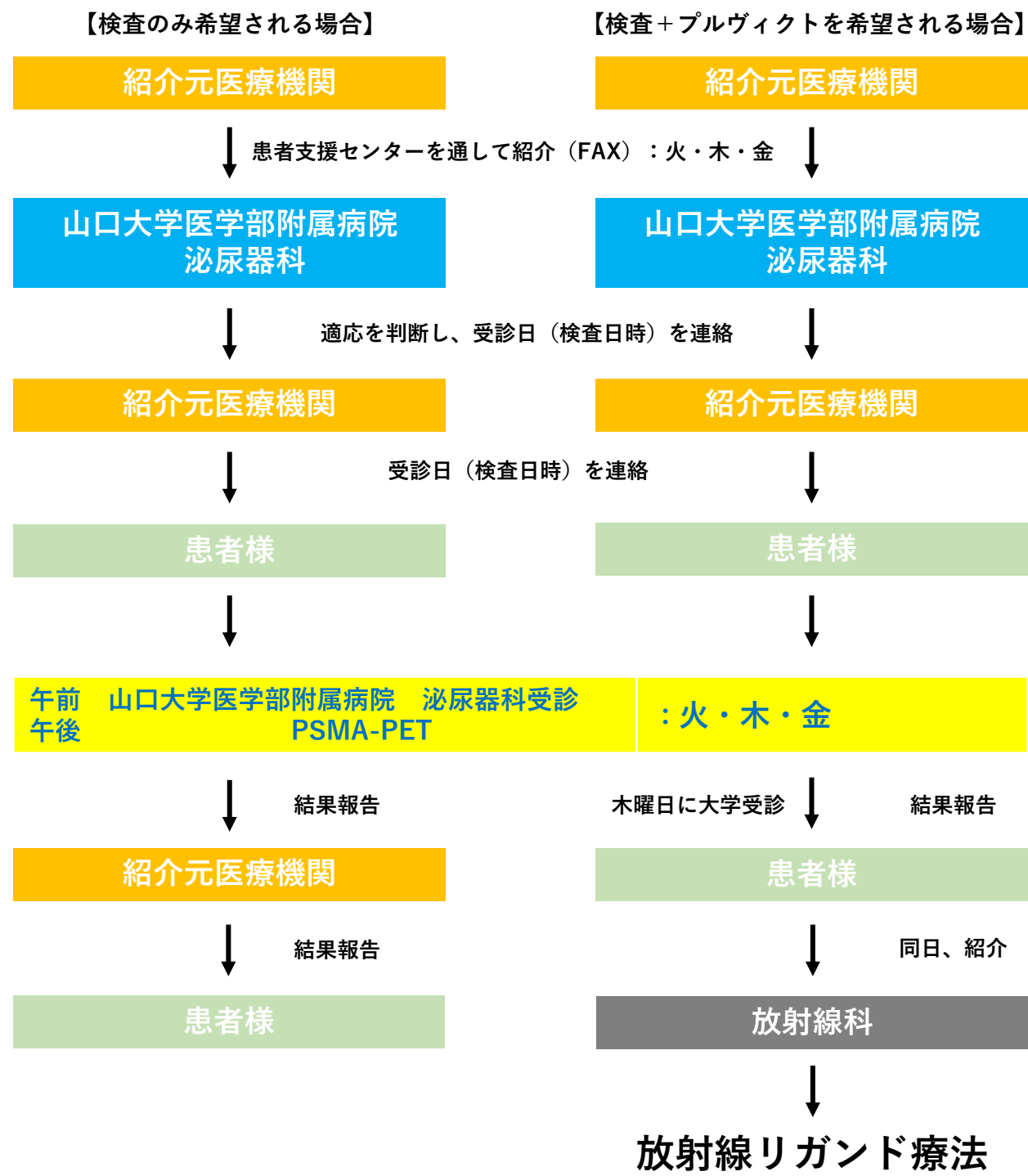
患者さん用

PSMA-PET検査に関する説明書

10. 緊急時の対応について

検査中または検査後に予期しない体調変化や緊急事態が生じた場合には、患者さんの安全を最優先とし、必要な医療処置を速やかに行います。追加の診療や処置が必要となった場合には、通常の保険診療として対応いたします。

11. 受診から結果報告、治療までの流れ



FAX用

PSMA-PET検査の同意書

私が文書と口頭でPSMA-PET検査に関する説明を行いました。

説明日：令和 年 月 日

医療機関名

醫師署名

印

※ 自筆署名でない場合は、捺印をお願いします。

立会者署名

(職種)

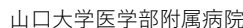
私は、PSMA-PET検査について十分な説明を受け、その内容を理解したうえで、PSMA-PET検査を受けることに同意致します。

同意日：令和 年 月 日

本人署名 (自筆)

代諾者署名

(続柄)



FAX : 0836-22-2474

TEL : 0836-22-2167

FAX事前予約申込書**【紹介元情報】**

医療機関名		医師氏名	
TEL番号		FAX番号	
担当者名	[予約申込担当者が別にいる場合]		

【患者情報】

現在の状況	紹介元医療機関において ☐ 入院中 ☐ 通院中	山口大学病院 受診歴	☐ 有 ID (診察券の番号) が分かる場合 () ☐ 無 ☐ 不明
フリガナ	性 別 ☐ 男性 ☐ 女性		
氏 名	生年月日 ☐ 西暦 ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日 () 歳		
住 所	〒 — —		
電話番号	自 宅 — — 携 帯 — —	勤務先 — — その他 — —	
受診希望日	第1 : 年 月 日 () ☐ 希望日はないが早めの受診を希望 第2 : 年 月 日 () ☐ 都合の悪い日 第3 : 年 月 日 () ()		

【受診希望診療科】

受診を希望する診療科等に☐を付けて下さい。(※診療科名が不明な場合は、外来診療日割表またはホームページをご参照下さい。)

診療科名	☐ 一般内科	☐ 漢方診療科	☐ 消化器内科	☐ 肝臓内科	☐ 胆道・膵臓内科	☐ 循環器内科	☐ 腎臓・高血圧内科	☐ 膠原病内科	☐ 血液内科	☐ 糖尿病・内分泌内科	☐ 脳神経内科	☐ 呼吸器・感染症内科	☐ 心臓血管外科	☐ 消化器・移植外科	☐ 肝胆・内分泌外科	☐ 乳腺外科	☐ 呼吸器外科	☐ 小児外科	☐ 脳神経外科	☐ 麻酔科・蘇生科・ペインクリニック科	☐ 泌尿器科	☐ 整形外科・リウマチ科	☐ 皮膚科	☐ 形成外科	☐ 眼科	☐ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	☐ 歯科・口腔外科	☐ 産科・婦人科	☐ 小児科	☐ 精神科・神経科・心療内科	☐ 放射線科	☐ 放射線治療科	☐ アレルギーセンター
			☐ 第一内科	☐ 第二内科	☐ 第三内科			☐ 第一外科	☐ 第二外科																								
医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。										先生		本院の担当医師への 事前連絡状況		☐ 無 ☐ 有 () 先生に連絡済																		
連絡事項等																																	

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。予約日時が確定次第、「受診予約票」をFAXでお送りします。

※ 即日受診や入院依頼は直接診療科へ連絡をお願いします。

※ セカンドオピニオン外来に関する相談は専用窓口にて承っております。(TEL0836-22-2074)

※ 「診療情報提供書」の原本は、「受診予約票」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。

【山口大学病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診予約票

患者氏名	_____	診察券番号	_____
受診決定日時	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分	
受診診療科名	_____	担当医又は専門分野等	_____

※ 診察当日は、健康保険証、公費受給者証等、紹介状、検査データ等を [C棟1階・新患受付窓口 2C] に提出してください。
※ 診察まで多少お待ちいただくことがあります。ご了承ください。 [C棟1階・再来受付窓口 2B]