

# 医療法人仁泉会MIクリニック

## 保険適用外（自費）診療用

### 68Ga-PSMA-PET 検査依頼申し込み手順

- PSMA標的療法の適用判断以外の検査目的の場合は、全て保険適用外（自費）診療です。
- 自費診療の場合、68Ga-PSMA11 の合成に保険で承認されたガリアファーム、ロカメッツを使用せず、当院で約500例の使用実績のあるFDAで承認されている従前の他社製のジェネレータおよび合成キットを用いますが、画像、診断、腫瘍体積・SUV測定への影響はありません。

#### 検査予約手順

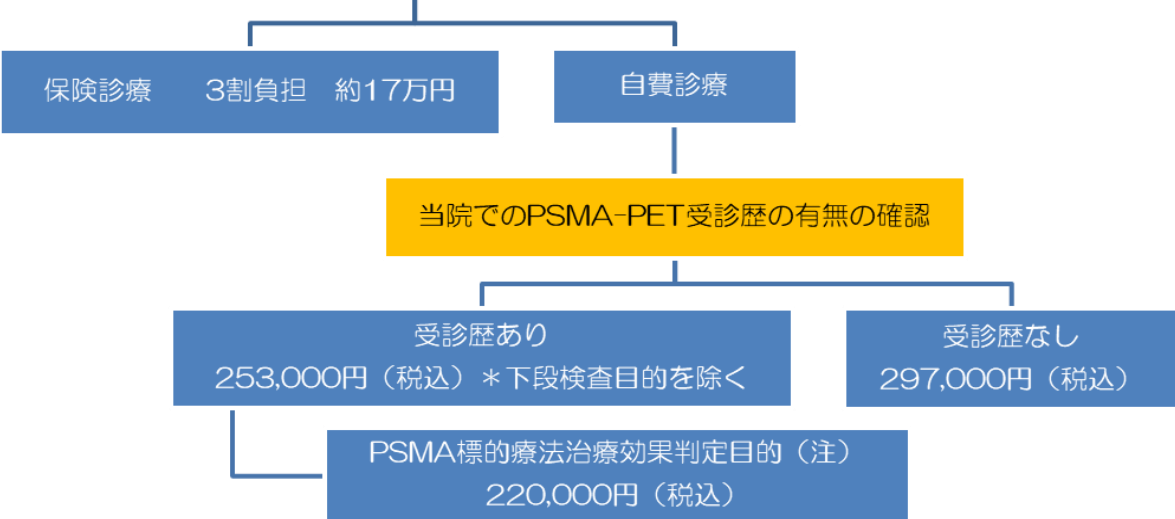
①検査予約 06-6840-0100

※自動音声ガイダンスが流れますが、直後に「1」を押していただくとオペレーターに繋がります（下記電話予約受付時間内のみ）

②依頼内容確認と自費検査料金

検査履歴、検査目的によって料金が異なります。下記ご確認をお願いします。

保険適用の有無の確認



（注）治療効果判定目的はPSMA標的療法開始から最終投与後2か月以内に限る（複数回依頼可、2回投与後、最終投与後 等）  
\*上記は2026年4月1日現在のものです。今後医療情勢の変化により予告なく変更する場合があります。

③依頼書類の作成・送信

検査日時が決まりましたら、「検査予約票/検査時注意書」へ必要事項をご記入いただき、それのみを患者様へお渡しく下さい。「検査依頼書/診療情報提供書」にも必要事項をご記入いただいた後、書類をFAX（06-6840-0808）してください。

送信していただく書類：「68Ga-PSMA-PET「保険適用外（自費）」検査依頼書/診療情報提供書」

④PSMA-PET検査受診 \*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下さい。

※画像診断報告書、画像は通常3開院日前後で送付させていただきます。  
諸事情でお急ぎの場合、ご予約時にご相談ください。

検査や予約手続きなど、ご不明な点がございましたら、下記連絡先までお問合せください。

医療法人 仁泉会 MIクリニック  
〒560-0004 大阪府豊中市少路1-12-13（大阪モノレール少路駅徒歩2分）  
TEL 06-6840-0100

電話予約受付時間：月曜～土曜 9:00～17:00まで（日曜、祝祭日、12/29PM～1/3を除く）

お問い合わせ・ご連絡先電話番号 06-6840-0100  
 保険適用外 68Ga-PSMA-PET検査予約票/検査時注意書

検査受付日時	年	月	日 ( )	午前	・	午後	時	分
フリガナ								
受診者氏名	生年月日		年	月	日			
受診者連絡先	携帯電話 ( )	—	自宅電話 ( )	—				

\*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、また検査時間に大幅に遅れら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。

【検査料金】

2026年3月現在、68Ga-PSMA-PET検査の自己負担金は初回297,000円、2回目以降は253,000円です。

【検査当日に必要なもの】

- 紹介元診察券（ある場合のみ） ・ マイナ保険証（または健康保険資格確認書）、公費医療証等
- この検査予約票 ・ 持参画像と書類（フィルムやCD-R、医療機関からお渡しのあった場合のみ）
- 靴下、肌着など（機器管理の都合上、検査室内の温度を下げています。毛布類は十分に準備しています）
- 自己負担金（各種クレジットカードがご利用いただけます）

【受付時間について】

- 完全予約制です。裏面「交通案内」をご参照いただき、受付時間に遅れないようお越しください。諸事情により遅れる場合は、それが判明した時点で直ちに当院にご連絡ください。
- 当院には駐車場がございませんのでできる限り公共の交通機関をご利用の上でのご来院をお願いいたしておりますが、送迎、タクシー等お車でのお越しの際は当日の交通状況により移動時間が大きく変動しますので特にご注意ください。大幅な到着遅延の場合、検査に用いる薬剤の期限の問題で検査が施行できなくなることがあります。

【PET検査の流れ、食事について】

- 検査は、下記スケジュールで進行します。



- \*①排尿後に約20分の撮影を行ったのち、再び排尿してから10分前後の追加撮影を行う場合があります
- この検査は、ご来院前の食事や飲水の制限はありません。ただし、院内での食事はできません。
- 糖尿病薬含め、処方されている薬があれば通常通りのご使用をお願いいたします。

【検査時の被ばくについて】

- この検査では、放射性薬剤およびCT撮影による一時的な被ばくがありますが、急性放射線障害などの健康被害が起きる可能性はありませんので、ご安心して検査をお受けください。

【検査結果】

- 検査後の画像、結果については、3～5日前後でご依頼された医療機関にお渡しします。  
当院での結果説明はできませんので、あらかじめご了承ください。

【その他の注意点】

・閉所恐怖症等、検査時のご不安がある場合は事前に主治医へお申し出ください。

【MIクリニックまでの交通について】

駐車場はございませんので、公共の交通機関、タクシーをご利用ください。

・電車でお越しの方

「大阪モノレール少路駅」下車 千里中央方面に徒歩2分

注：漢字一文字違いの大阪メトロ千日前線「小路駅」と混同されぬよう、くれぐれもご注意ください。

間違われると移動に1時間以上を要しますので、到着時間によっては検査を受けることができません。

\*新大阪駅からお越しの場合：大阪メトロ御堂筋線（箕面萱野駅方面）乗車、千里中央駅下車（5駅目）  
大阪モノレール（大阪空港方面）乗り換え、少路駅下車（1駅目）（全所要時間：約40分）

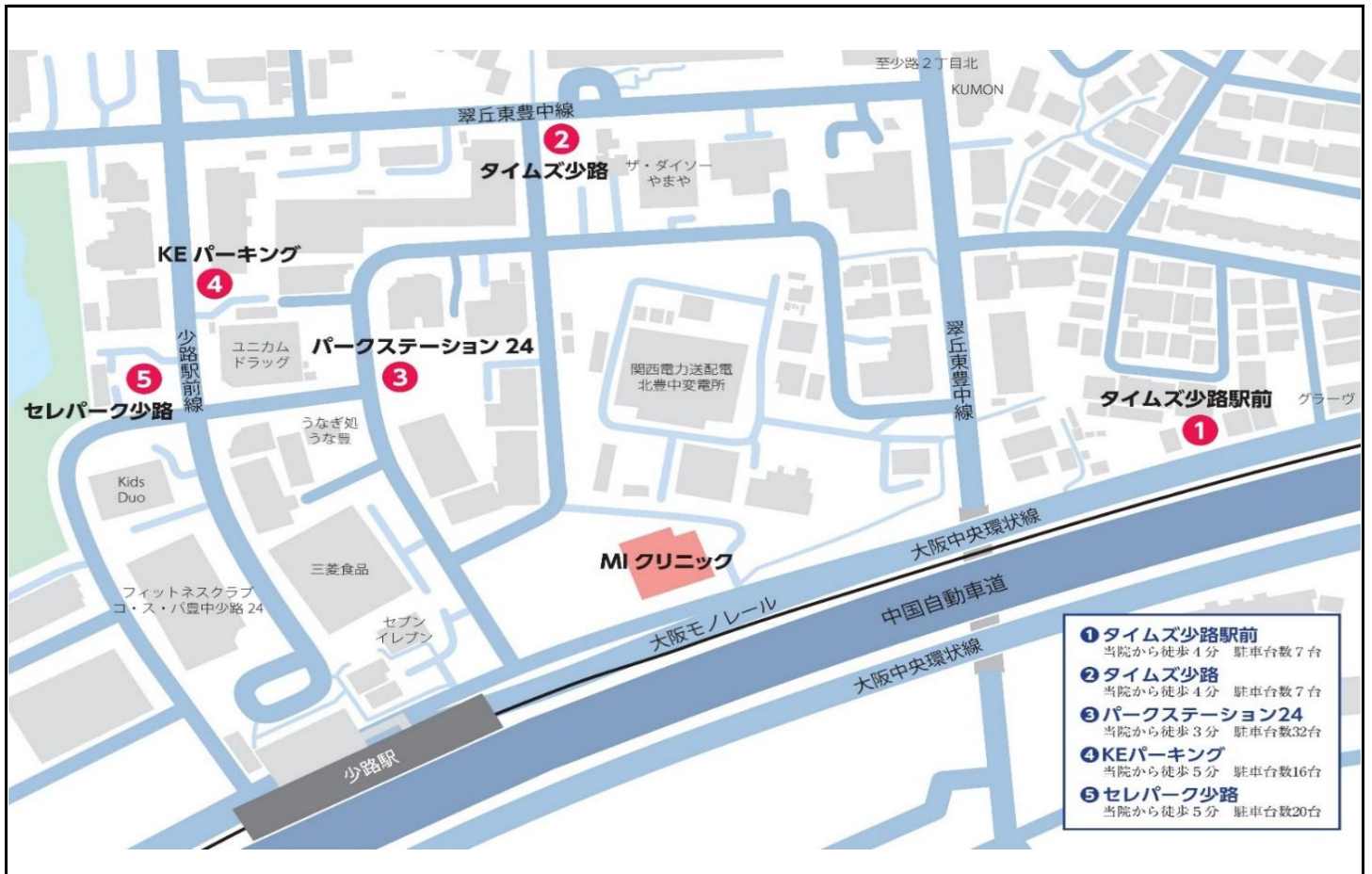
\*大阪空港駅からお越しの場合：大阪モノレール（門真市方面）乗車、少路駅下車（3駅目 所要時間  
約15分）

・タクシー、車でお越しの方（当院に駐車場はありません）

中央環状線（大阪府道2号線）東行（千里中央・守口方面）車線に面していますが、  
本線からの左折入場はできませんので少路駅に通じる側道からご進入ください。

\*当院隣接のスペースは乗降専用場所となっていますので、

自家用車でお越しで駐車場の利用が必要な場合は近隣のコインパーキング（有料）をご利用ください。



医療法人 仁泉会 MI (エムアイ) クリニック

〒560-0004 大阪府豊中市少路 1-12-13

TEL 06-6840-0100 FAX 06-6840-0808

フリーダイヤル 0120-505-576

お電話によるご質問・お問い合わせ時間 月曜～土曜 9:00～17:00まで（祝祭日、12/29PM～1/3を除く）

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808  
 68Ga-PSMA-PET「保険適用外（自費）」検査依頼書/診療情報提供書

検査受付日時	年	月	日 ( )	午前	・	午後	時	分
--------	---	---	-------	----	---	----	---	---

フリガナ	体重 (必須)	kg		
受診者氏名	生年月日	年 月 日		
受診者連絡先	携帯電話 ( )	—	自宅電話 ( )	—

紹介医療機関名	ID	
電話番号	FAX	
診療科・担当医	科	先生
担当医連絡先(メールアドレス) 差し支えなければご記入ください。2回目以降は不要です。		@

診断名	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発転移診断 <input type="checkbox"/> PSMA標的療法効果判定 <input type="checkbox"/> その他：
PSMA標的療法の治療効果判定の場合	・PSMA標的療法 治療回数：( ) 回 ・直近のPSMA標的療法薬 投与日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
直近3回のPSA値 PSA-DT計測用	ng/ml 採血日 / 年                    ng/ml 採血日 / 年                    ng/ml 採血日 / 年
直近のヘモグロビン値	g/dL 採血日 / 年
ARSI / 抗癌剤 使用歴	<input type="checkbox"/> エンザルタミド <input type="checkbox"/> アピラテロン <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	・SCSで使われる体内埋め込み神経刺激装置を装着されている方は、検査を受けることができません。 ・ICD、ILR、ICM、DBS等の体内電子機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週間以内の検査はできません。

検査目的・現病歴・検査結果など  
 ☆読影精度向上のため、できるだけ詳しくご記載ください。また参照画像があれば患者様にお渡しく下さい。  
 特に、当院で保険診療でのPSMA-PET検査を施行されていない方でPSMA標的療法に対する治療効果判定  
 目的での検査のご依頼の場合、比較読影のため必ず前回PSMA-PET画像と画像診断報告書のご提供をお願い  
 いたします。

所属	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中：	<input type="checkbox"/> rainbow表示希望 (fusion画像)	当院ではfusion画像はhot iron表示です rainbow希望の場合はcheckを
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：	
次回外来受診日	月 日 時	ころ	
検査結果配達希望日	月 日 時	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。