**日本核医学会　PET撮像施設認証（I） 申込書**

一般社団法人日本核医学会　御中

（PET撮像施設認証制度委員会）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 申込日 | 20　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申込者 | 施設名 | （PET施設名はこの欄に記載の通りに認証状に印刷されます。） | | |
| 施設代表者 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| PET検査代表者 | 所　属 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 連絡先（TEL／E-mail） |  | |
| 新規・更新 | □新規　　□更新（更新対象の認証状番号：　　　　　有効期限：　　　　　　　） | | |
| PETカメラ名 | メーカー／機種：　　　　　　　　　　　　　　　　 固有番号： | | |
| PET検査種目 | □11C-メチオニンを用いた脳腫瘍PET撮像  □18F-FDGを用いた全身PET撮像  □認知症のための18F-FDGを用いた脳PET撮像  □アミロイドイメージング剤を用いた脳PET撮像  （□11C-PiB □18F-Florbetapir □18F-Flutemetamol □18F-Florbetaben）  □18F-NaFを用いた全身PET撮像 | | |
| データの出力形式 | □DICOM　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

申込者は、日本核医学会PET撮像施設認証（I）を取得するため、一般社団法人日本核医学会事務局に必要な書類を添えて画像評価を申し込みます。また、申し込みにあたり、申込者は以下の事項に同意します。

1. **「PET撮像施設認証（I）申告書」の記載事項について虚偽があれば、本申込み、及び本申込書によって発行されたPET撮像施設認証（I）の認証状が無効となることに同意します。**
2. その他PET撮像施設認証制度委員会が評価を行うために「PET撮像施設認証（I）申告書」及び他当該申込書に記載されていない事項について照会がある場合には、これに応じることに同意します。

【送付書類一覧】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | チェック事項 | ✔ |
| **項目等** | **送付書類名目** |  |
| 申込書 | PET撮像施設認証（I）　申込書 |  |
| 申告書 | PET撮像施設認証（I）　申告書 |  |
| ファントム試験報告書 | ファントム試験撮像情報報告書 |  |
| 画像データ | CD-R　または　DVD-R |  |
| データの同意書 | 撮像施設認証で取得したデータの使用に関する同意書 |  |
| 支払を証明する書類 |  |  |
| 誓約書 | 「PET撮像施設認証」のための誓約書 |  |

上記のとおり相違ありません。

日　付：　20　　　　／　　　　　／

申込者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**PET撮像施設認証（I） 申告書**

日本核医学会（以下、学会）のPET撮像施設認証（I）では、当該施設におけるPET診療の質の向上を目的に、学会制定の標準的撮像プロトコールに従ったPET撮像を想定したファントム画像を評価します。

尚、PET撮像施設認証（I）の認証状取得には、学会へ誓約書を提出する必要があります。誓約書では、『特に理由がない限り、通常のPET診療では、学会が制定した標準的撮像プロトコール、またはPET撮像施設認証制度委員会が確認した撮像プロトコールで当該PET検査種目を実施することに努めます。』と明記されておりますので、当該施設の撮像プロトコール、画像再構成条件及びファントム試験の情報等について記載し、署名捺印してください。

* PET検査責任医師：
* PET検査種目：

（「アミロイドイメージング剤を用いた脳PET撮像」の場合には対象薬剤を**1つ選び**チェックしてください）

□ 11C-PiB □ 18F-Florbetapir □ 18F-Flutemetamol □ 18F-Florbetaben

* 撮像プロトコール

（投与量については単位を選んでチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 投与量 | * MBq／□　MBq/kg |
| 待機時間 | 分 |
| 撮像時間 | 分 |

* 画像再構成条件

|  |  |
| --- | --- |
| 減弱補正法 |  |
| 散乱同時計数の補正法 |  |
| 偶発同時計数の補正法 |  |
| 画像再構成法 |  |
| 画像再構成パラメータ |  |
| 再構成マトリクス |  |
| 画素サイズ | × |
| スライス厚 |  |
| 平滑化フィルタ |  |
| その他設定項目 |  |

* PETカメラメーカー／機種／固有番号：　　　　　　　　／　　　　　　　　　　／
* ファントム試験の実施者：
* ファントム試験実施日：　20　　　／　　　／

（申込日の日付から1か月以内に実施されたデータを提出してください）

本申告書に相違ありません。

日　付：　20　　　　／　　　　　／

PET検査責任医師：　　　　　　　　　　　　　㊞