

# PET-CT 検査依頼票 (診療情報提供書)

年 月 日

公益財団法人ときわ会 常磐病院

PETセンター 担当医 殿

病院 / 医院 / クリニック

科 医師名

印

外来通院中  入院中

検査日時 (来院時間)	西暦	年	月	日 (曜日)	時	分	来院	検査開始時間 ( : )
ふりがな			生		年	月	日	
患者氏名	男・女		西暦	年	月	日	歳	
患者住所	〒 -		自 宅 電 話		携 帯 電 話			

## <臨床診断>

- 頭頸部癌  胃癌 (早期除く)  腎臓癌  悪性黒色腫  悪性リンパ腫  原発不明癌  
 食道癌  乳癌  膵臓癌  肝臓癌  前立腺癌  膀胱癌  
 肺癌  子宮癌  卵巣癌  大腸癌  その他 ( )  
 心臓サルコイドーシス

## <検査目的および臨床経過を具体的にご記入ください>

- 病期診断  再発診断  転移診断  原発巣検索  その他 ( )

※要画像持参 CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他 ( )

## 検査に必要な確認事項 (\*必ず記載して下さい)

○ 身長	cm	体重	kg	血糖値	mg/dl
○ 糖尿病	無・有			○ 肺炎	無・有
○ 歩行	可・不可 (車椅子・ストレッチャー)			○ 輸血歴	無・有
○ 妊娠	無・有			○ 高血圧症	無・有
○ 疼痛	無・有			○ 難聴	無・有
○ 認知症	無・有			○ 検査中の付添い	不要・要
○ 感染症	無・有			○ ペースメーカー	無・有
○ 排泄	(自立・オムツ・ウロバック)			○ 30分程度の仰向け	可・否
○ チューブ類	無・有 (D I V ・ ドレーン ・ 酸素 ・ フォーレ)				

◆ 手術歴 無・有 ( )  
 ◆ 放射線治療 無・有 ( 年 月 日 終了) ◆ 化学療法 無・有 ( 年 月 日 終了)

【保険情報】  保険適用  自費

被 保 険 者 証		後期高齢者受給者番証		公費負担医療受給	
保険者番号		市町村番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号		受給者番号	
資格取得日		有効期間		有効期間	
被保険者との続柄		負担割合		重身番号	
負担割合					

# PET-CT 検査依頼票 (診療情報提供書)

年 月 日

公益財団法人ときわ会 常磐病院

PETセンター 担当医 殿

病院 / 医院 / クリニック

科 医師名

印

外来通院中  入院中

検査日時 (来院時間)	西暦	年	月	日 (曜日)	時	分	来院	検査開始時間 ( : )
ふりがな			生		年	月	日	
患者氏名	男・女		西暦	年	月	日	歳	
患者住所	〒	-	自 宅 電 話		携 帯 電 話			

## <臨床診断>

- 頭頸部癌  胃癌 (早期除く)  腎臓癌  悪性黒色腫  悪性リンパ腫  原発不明癌  
 食道癌  乳癌  膵臓癌  肝臓癌  前立腺癌  膀胱癌  
 肺癌  子宮癌  卵巣癌  大腸癌  その他 ( )  
 心臓サルコイドーシス

## <検査目的および臨床経過を具体的にご記入ください>

- 病期診断  再発診断  転移診断  原発巣検索  その他 ( )

※要画像持参 CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他 ( )

## 検査に必要な確認事項 (\*必ず記載して下さい)

○ 身長	cm	体重	kg	血糖値	mg/dl
○ 糖尿病	無・有			○ 肺炎	無・有
○ 歩行	可・不可 (車椅子・ストレッチャー)			○ 輸血歴	無・有
○ 妊娠	無・有			○ 高血圧症	無・有
○ 疼痛	無・有			○ 難聴	無・有
○ 認知症	無・有			○ 検査中の付添い	不要・要
○ 感染症	無・有			○ ペースメーカー	無・有
○ 排泄	(自立・オムツ・ウロバック)			○ 30分程度の仰向け	可・否
○ チューブ類	無・有 (D I V ・ ドレーン ・ 酸素 ・ フォーレ)				

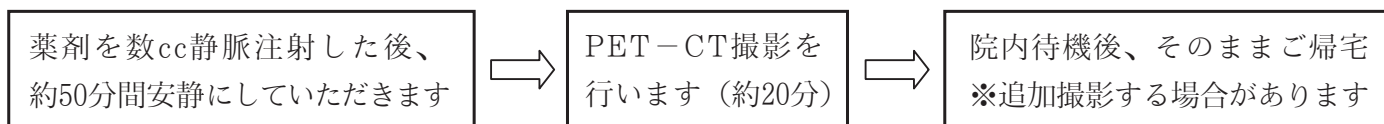
◆ 手術歴 無・有 ( )

◆ 放射線治療 無・有 ( 年 月 日 終了) ◆ 化学療法 無・有 ( 年 月 日 終了)

【保険情報】  保険適用  自費

被 保 険 者 証		後期高齢者受給者番証		公費負担医療受給	
保険者番号		市町村番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号		受給者番号	
資格取得日		有効期間		有効期間	
被保険者との続柄		負担割合		重身番号	
負担割合					

## PET-CTの流れ（PETセンター内）



受付・問診の時間を考慮しますので、下記の時間に中央棟1階受付までお越し下さい								
検査日時 (来院時間)	西暦	年	月	日 (曜日)	時	分	来院	検査開始時間 ( : )
様								

## PET-CT 検査の注意事項

### ■ 検査当日にご持参頂くもの

- ◇ 健康保険証並びに各種受給者証
- ◇ 検査料金（別紙）
- ◇ 紹介医療機関からの紹介状および各種検査データ（CD-ROM、DVD-ROM）
- ◇ PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

### ■ 検査にあたっての注意（心臓サルコイドーシス検査を除く）

- ・ 検査の5時間前から絶食して下さい。  
飴やガムなども検査に影響します。飲み物は水かお茶だけにして下さい。  
(スポーツ飲料や牛乳などの糖分を含むものは飲まないでください)
- ・ ご来院の際は、出来るだけ自家用車か公共機関をご利用下さい。  
検査前に自転車に乗ったり、長時間歩いたりされると筋肉に検査のお薬が集まって正確な診断が出来ない場合があります。
- ・ 3日前から過度な運動（ジョギング、水泳、ゴルフなど）はお控えください。
- ・ 車椅子、ストレッチャーが必要な方はお知らせ下さい。御家族の方の付添いをお願いすることがあります。
- ・ 受付から検査終了まで3時間程度かかります。まれに検査機器・薬剤の調整及び諸事情により、検査時間・検査終了時間に変更になることがあります。あらかじめご了承ください。
- ・ 検査結果は紹介元担当医師に郵送しますので、そちらで説明をお受け下さい。
- ・ ペースメーカーあるいはICD（埋込型除細動器）を使用されている方は事前にお知らせ下さい。
- ・ 検査当日は、ペースメーカー手帳あるいはICD手帳をご持参下さい。

※ 心臓サルコイドーシス検査は食事制限が大きく異なります。こちらの注意事項ではなく、心臓サルコイドーシス検査用の説明用紙を参照してください。

### 【重要】

検査前日（日、祝日、年末年始を除く）、15時から16時の間に当センターより検査の最終確認の為、御本人様宛に連絡を致します。上記時間帯に都合が悪い場合、予め当センターまでご連絡下さい。前日の連絡が付かない場合、検査の延期とさせていただきます。

検査3日前までに当センターより連絡が無い場合、お手数ですが当センターまでご連絡下さい。予約のキャンセルは前日の午後3時（15:00）（月曜日検査の場合：土曜日）まで、PETセンターまでご連絡下さい。それ以降にキャンセルをした場合は検査薬購入費（約5万円）を請求する場合があります。



笑顔とまごころ 信頼の絆

# 常磐病院 PETセンター

福島県いわき市常磐上湯長谷町上ノ台 57 番地 TEL: 0246-43-3237