

# PET-CT 検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

仙台厚生病院  
先端画像医学センター 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

検査予定 (予約日時)	平成 年 月 日( 曜日)	時 分	来院
ふりがな			生年月日
患者氏名	男・女	明・大 昭・平	年 月 日
患者住所	〒( - )		電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)
<b>&lt;臨床診断&gt;</b>			
※保険適用は「悪性腫瘍(早期胃癌を除く。)」の病期診断及び転移・再発の診断です。			
<b>&lt;臨床経過・現在の投薬内容など&gt;</b>			
PET 検査歴 無・有 ※他施設( ) 回			
画像検査歴	CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他( ) ※要画像持参		
腫瘍マーカー	CEA( ) SCC( ) CA19-9( ) その他		
組織型	adeno( ) SCC( ) その他		
・手術歴	無・有	年 月	部位( )
・化学療法	無・有	年 月	日 終了
・放射線治療	無・有	年 月	日 終了
同一月ガリウムシンチ	無・有	※有の場合検査できませんのでご注意ください	
検査に必要な確認事項 ※必ず記入して下さい			
	身長	cm, 体重	kg, 血糖値 mg/dl
	WBC( )	CRP( )	
告知	無・有		
糖尿病	無・有	→ 使用薬剤名( )	
妊娠	無・有		
感染症	無・有	HB( )(-・+) HCV(-・+) STS(-・+) MRSA(-・+)	Tbc 排菌(-・+) その他の留意すべき感染症(-・+: )
閉所恐怖症	無・有		
腎機能障害	無・有		
歩行	可・不可	(車椅子 ・ ストレッチャー)	
点滴	無・有	→ 使用点滴名( )	
O <sub>2</sub> 使用	無・有	( ℓ )	
G-CSF 使用	無・有		
ペースメーカー	無・有	(リード線数 本)	
認知症	無・有		
30分程の静止(仰向け)	可・否		
その他留意事項			

# PET-CT 検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

仙台厚生病院  
先端画像医学センター 担当医 殿

病院/医院/クリニック

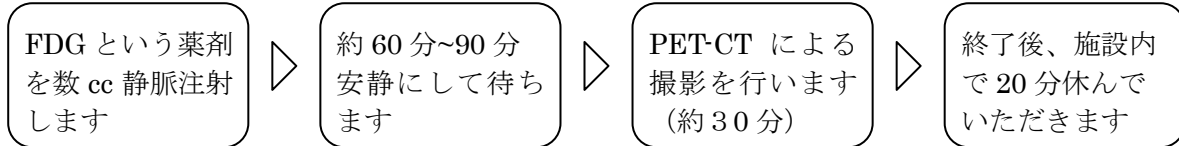
科 医師名

印

外来通院中 入院中

検査予定 (予約日時)	平成 年 月 日( 曜日)	時 分来院
ふりがな	生年月日	
患者氏名	男・女	明・大 昭・平 年 月 日
患者住所	〒( )	電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)
<b>&lt;臨床診断&gt;</b>		
※保険適用は「悪性腫瘍(早期胃癌を除く。)」の病期診断及び転移・再発の診断です。		
<b>&lt;臨床経過・現在の投薬内容など&gt;</b>		
PET 検査歴	無・有 ※ 他施設( )	回
画像検査歴	CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他( ) ※要画像持参	
腫瘍マーカー	CEA( ) SCC( ) CA19-9( ) その他	
組織型	adeno( ) SCC( ) その他	
・手術歴	無・有	年 月 部位( )
・化学療法	無・有	年 月 日 終了
・放射線治療	無・有	年 月 日 終了
同一月ガリウムシンチ	無・有	※有の場合検査できませんのでご注意ください
<b>検査に必要な確認事項 ※必ず記入して下さい</b>		
	身長	cm, 体重 kg, 血糖値 mg/dl
	WBC( )	CRP( )
告知	無・有	
糖尿病	無・有	→ 使用薬剤名( )
妊娠	無・有	
感染症	無・有	HB( )(-・+) HCV(-・+) STS(-・+) MRSA(-・+) Tbc 排菌(-・+) その他の留意すべき感染症(-・+: )
閉所恐怖症	無・有	
腎機能障害	無・有	
歩行	可・不可	(車椅子 ・ ストレッチャー)
点滴	無・有	→ 使用点滴名( )
O <sub>2</sub> 使用	無・有	( ℓ )
G-CSF 使用	無・有	
ペースメーカー	無・有	(リード線数 本)
認知症	無・有	
30分程の静止(仰向け)	可・否	
その他留意事項		

## PET-CT 検査の流れ



受付、問診の時間を考慮しておりますので、この時間に**本館受付**までお越し下さい。

予約日時	平成	年	月	日( 曜日)	時	分受付
------	----	---	---	--------	---	-----

## 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(保険適応が最終的に決定するのは、約3ヶ月後になります。審査の結果保険適応にならなかった場合は差額を請求させていただきますのでご了承下さい。)
- ◇紹介元医療機関からの紹介状および CT、MRI 等の検査フィルム
- ◇PET-CT 検査依頼書(本書)

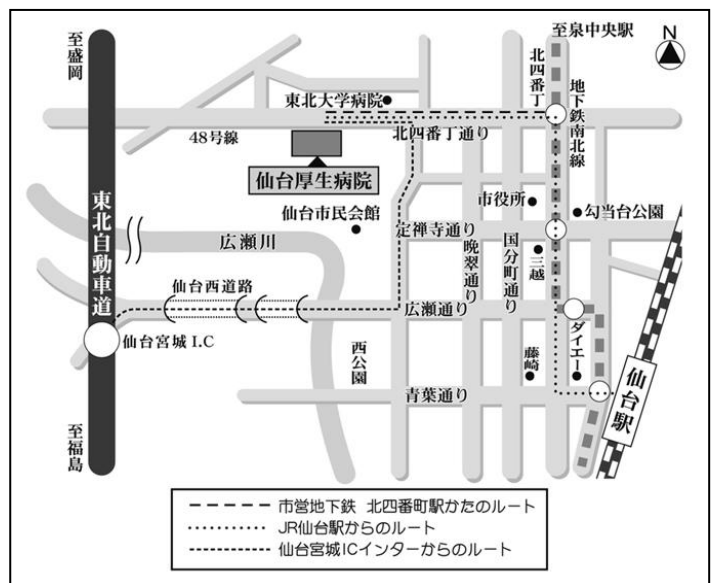
### ■検査にあたってのご注意

#### ・ 検査の4時間前から絶食してください。

あめやガム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。スポーツ飲料など**糖分を含むものは飲まない**で下さい。

- ・ ご来院の際は、出来るだけ自家用車か公共交通機関をご利用下さい。検査前に長い距離を歩いたり、自転車に乗っ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こともあります。
- ・ 撮影は通常約 30 分程度で終了しますが、必要に応じ時間をおいて追加撮影を行う場合があります。痛みなどで長く仰向けになることが困難な方はご相談下さい。
- ・ 車椅子、ストレッチャーが必要な方はお知らせ下さい。ご家族の方の付き添いをお願いすることがあります。
- ・ 糖尿病治療を受けられている方、ステロイド(プレドニン等)を多量服用の方は事前にお知らせ下さい。
- ・ 受付から検査終了まで 3 時間程かかります。まれに検査の機器・薬剤の調整及び諸状況により、検査時間・検査終了時間が変更になる事もありますので、あらかじめご了承下さい。
- ・ 検査結果につきましては、紹介元担当医師に郵送致します。担当医師により結果の説明をお受け下さい。



仙台厚生病院  
 先端画像医学センター

〒980-0873 宮城県仙台市青葉区広瀬町 4 番 15 号

TEL022-222-7551 0120-287-573

FAX専用  
フリーダイヤル

③患者さん控え用