

# PET/CT検査予約票

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

科・医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院予定日	年	月	日	受付時間	午前	午後	時	分	
ふりがな				生年月日	大・昭	平・令	年	月	日生
患者様お名前			様	男・女					
患者様ご住所	〒	—		電話番号	(携帯)	—	—		
					(自宅)	( )	—		

検査を受ける方は、必ずお読みください。

**注意事項** (※糖尿病の患者様は、特に注意して下記をお読みください。)

## 1. 食事制限

- ・午前の受付の方は、朝食は摂らないでください。
- ・午後の受付の方は、**午前7時**までに軽い食事を済ませてください。(大型血管炎の検査では朝から絶食)
- ※いずれの場合でも**検査前5時間**は、**食事・ジュース・栄養ドリンク・コーヒー・飴・ガムなどの糖分・カロリー**を含む物は**摂らないでください**。食事を摂られた方は、検査できない場合がございます。
- ※水やお茶(糖分を含まない飲み物)はご自由にお飲みください。

## 2. 内服薬

- ・検査当日、**糖尿病の薬・インスリン注射・大型血管炎の治療薬は原則として中止**してください。
- ・検査当日、**カロリーを含む治療用栄養剤**は中止してください。(詳しくは、当院まで。)
- ・上記以外の薬は内服していただけます。(血圧の薬など・・・)

## 3. 検査前および当日の過ごし方

- ・検査前日および当日は激しい運動・マッサージは行わないでください。

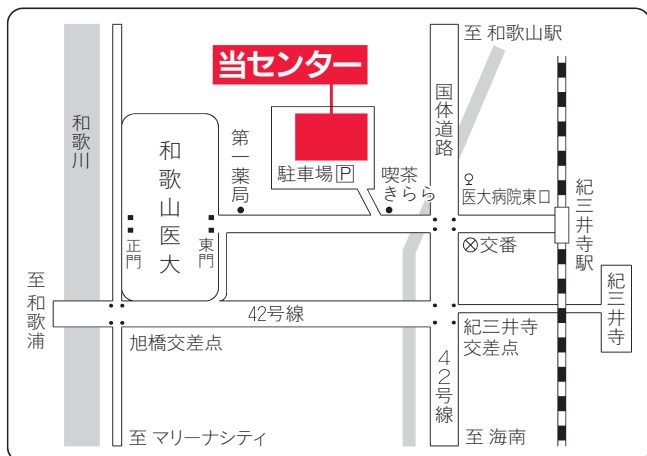
## 4. 時間厳守のお願い (受付時間と検査開始時間は、異なります。)

- ・検査時間に合わせて当院で薬剤を製造いたしますので、遅くなさらないようお願いいたします。
- ・万一、遅れる場合には、**073-447-3300**までご連絡ください。

当日、ご持参いただくもの

1. PET検査予約票 (本状)
2. 主治医より、患者様がお預りされている書類・フィルムなど
3. **健康保険証**・各種受給証・**お薬手帳**
4. 検査費用  
(保険適応3割負担の場合、PET/CT検査のみで現金30,000円前後。**クレジットカードはご利用頂けません。**)

※PET/CT検査は、前後の準備を含め約3時間かかりますので、当日の日程には十分余裕を持ってお越しください。  
尚、稀に機械のトラブルなどで検査が遅れたり、検査自体が行えない場合もありますのでご了承ください。



## 和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2

TEL 073-447-3300

FAX 073-447-3636



当施設地図



ホームページ

# PET/CT検査依頼書 《診療情報提供書》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

科・医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院予定日	年 月 日	受付時間	午前 午後	時	分	
ふりがな		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日生
患者様お名前	様					
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(携帯)	-	-	
			(自宅)	( )	-	

※早期胃がんを除く悪性腫瘍の**病期診断、転移・再発診断、悪性リンパ腫の治療効果判定**が保険適用となります。  
※病理診断による**確定診断**が得られていない場合は、**臨床病歴・画像所見・腫瘍マーカー・臨床的経過観察等**の悪性と診断された根拠を**具体的かつ詳細**にご記載下さい。(保険が適応されない場合があります。)

臨床診断 (悪性腫瘍名)	(告知： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)					
施行検査	<input type="checkbox"/> 病理組織検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 単純X-P					
臨床経過	・手術歴 ( 年 月) 病名：( ) ( 年 月) 病名：( )					
依頼検査内容 (必要なものに✓)	<input type="checkbox"/> PET/CT単純 <input type="checkbox"/> PET/CT+造影CT (血清クレアチニン： _____ mg/dl、採血日： 年 月 日) ※上記以外にMRI検査を追加ご記入の場合は、別途MRI検査依頼書にご記入お願いいたします。					
画像媒体 (必要なものに✓)	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ペーパー (Fusion Image)		結果報告	<input type="checkbox"/> 通常 (約1週間)		
	<input type="checkbox"/> フィルム (PET画像) <input type="checkbox"/> フィルム (CT画像)			<input type="checkbox"/> 至急 ( ) 日着		

確認事項	歩行： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・ストレッチャー) <b>体重：</b> _____ <b>kg</b> 糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名 _____) <input type="checkbox"/> 不明 感染症：HBV (+・-・未) HCV (+・-・未) その他 ( _____ ) 妊娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 授乳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 造影CT依頼時： <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 その他：( _____ )					
------	---	--	--	--	--	--

# 18F-FDG PET検査の説明および同意書（診療用）

## 検査内容

正常細胞に比べ、増殖盛んな「がん細胞」はたくさんのブドウ糖を細胞内に取り込み消費します。ブドウ糖が他の臓器よりも多く集まる場所を突き止め、「がん」などの悪性疾患を発見するのがPET検査の仕組みです。

薬剤注射後、約一時間程度安静待機していただき、その後20分程度の撮像を行います。必要があれば、更に、20分程度の撮像を行うことがあります。検査時の苦痛等はありません。

## 注意事項

- ・検査5時間前より絶食してください。（糖分を含まないコーヒー・お茶等は可）
- ・前日および当日の激しい運動は避けてください。
- ・歯の治療、針、マッサージ、予防接種など薬剤が異常集積する場合がありますので事前にお申し出ください。
- ・閉所恐怖症の方はあらかじめお申し出ください。
- ・重度の糖尿病、人工透析、パーキンソン氏病、振戦、アテトーゼ等の方はこの検査を受けることが出来ない場合がありますので、かかりつけ医の先生とご相談ください。
- ・妊娠の可能性のある方。
- ・生理中の方や、授乳中の方は事前にお申し出ください。

## 副作用

PET検査では、放射性薬剤を用いますが被ばく線量は胃透視検査より少なく、また薬剤の副作用は殆どありません。

## 保険適用

保険適用となる疾患および内容は定められており、それに該当しない場合は適用外となります。（主治医の先生とよくご相談ください。）

## 補足事項

PET検査は、全ての疾患に有効ということではなく、腎臓・膀胱など薬剤の排泄経路となる尿路系では判断が難しい場合や、肝臓・胃・前立腺などでは他の検査の方が有効な場合があります。また、小さな腫瘍(数ミリ以下)や糖代謝の亢進しない一部の腫瘍は発見されない可能性があります。

以上の通り説明を行い同意を得ました。

主治医(またはかかりつけ医師) \_\_\_\_\_ 印

PET検査について説明を受け、目的・内容につき理解し検査を受けることに同意いたします。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

\*本人が未成年者、意識障害者等で署名できない場合は、親権者または扶養義務者が署名を行ってください。