

PET-CT検査 申込用紙兼紹介状 〈診療情報提供書〉

フリガナ 患者氏名:	様 (男・女)	紹介元医療機関の名称・所在地
生年月日:	年 月 日	
住所:		電話: FAX: 医師名:
電話:		

検査日時 年 月 日 () 時 分

- ・撮影範囲は「頭部～そけい部」です。
- ・CTは位置を把握するための補助的なCTで低線量の単純CTです。

[臨床診断]

肺がん 大腸がん 悪性リンパ腫 乳がん 頭頸部がん ()
 脳腫瘍 障がん 転移性肝がん 原発不明がん 食道がん
 子宮がん 卵巣がん 悪性黒色腫 その他のがん ()

[臨床情報：症状、経過、特に知りたい点などをご記入ください。]

[病理検査]

施行した検査名： 結果：

施行しない場合はその理由：

[腫瘍マーカー]

[持参される画像]

 CT MR RI Xp

[治療歴]

手術：無・有 (年 月) 術式 化学療法：無・有 (年 月)
(年 月) 術式 放射線治療：無・有 (年 月)

[確認事項]

- ・糖尿病 無・有 血糖値 200mg/d 以上では検査できません。
- ・感染症 無・有 ()
- ・体内金属 無・有 ()
- ・妊娠 無・有
- ・30分の静止 可能・不可能
- ・閉所恐怖症 無・有 (有の場合は検査できない場合があります。)
- ・状況 外来・入院中
- ・移動 独歩・車椅子・ストレッチャー

ペースメーカー、ICD 無・有 (有の場合はペースメーカー手帳、ICD 手帳を持参ください。)

[お電話で検査予定日を確認いたしましたら、当日はご本人が持参するようご説明をお願いいたします。]

PET-CT 検査のご案内 (横浜市立市民病院)

お名前

様

検査日時 年 月 日 () 時 分 (30分前にお越しください)

〈検査前のご注意〉

- 1.検査前 5 時間は絶食です。スポーツ飲料など糖分を含む飲み物も飲まないでください。お茶や水は大丈夫です。
- 2.糖尿病の方も検査前 5時間の絶食が必要です。糖尿病の薬を内服中もしくはインスリンを注射中の方は、その中止について主治医の先生と事前にご相談ください。
- 3.その他の薬（高血圧や心臓病などの治療薬）は平常どおり水で服用してください。
- 4.検査当日は運動をしないようにしてください。前日も激しい運動お避けてください。
- 5.大きな装置に 30 分ほど入って撮影します。閉所恐怖症の方は、事前に阻 検査室にご相談ください。
- 6.ペースメーカーや ICD 装置中の方はペースメーカー手帳、ICD 手帳をご持参ください。

〈当日のご案内〉

- 1.検査時間の 30 分前までに、正面玄関に入って右側の新患受付へお越しください。所定の手 続きを行った後、画像診断部受付へお越しいただきます。
- 2.画像診断部受付にて PET-CT 検査の受付後検査待合場所をご案内いたします。
- 3.乙の用紙、PET 検査問診票、PET-CT 検査申込用紙 兼 紹介状（診療情報提供書、保険証（各種医療証）、以前受診された方は市民病院診療券、水またはお茶 500ml 程（糖分を含まないもの）を持参ください。
- 4.撮影時間は 30 分ですが、安静時間があるので検査全体は 2 時間～2 時間 30 分かかります。

〈その他のご案内〉

- 1.検査日時にご来院できない場合は、なるべく早く下記にご連絡ください。検査薬は特殊な薬品のため、翌日などには使用できません。当日のキャンセルは極力ご遠慮ください。但し、機器の故障や交通事情で検査薬が届かないなどの突発事故により、検査開始時間が遅れたり検査不能になる場合もありますので、ご了承ください。
- 2.検査前日の夕方に、ご自宅に来院時刻のご確認のお電話をさせていただきます。
- 3.画像は、検査当日に CD としてお渡しいたしますが、少しお待ちいただきます。検査結果（読影報告書）は翌日に主治医の先生宛に郵送いたします。
- 4.検査費用は 3 割負担の方で、30,000 円程になります。
- 5.被ばくの程度は、胃 X 線検査と通常の CT の中間程度です。

検査終了後、約 10 時間は乳幼児や妊婦との密接な接触は避けてください。妊娠中や妊娠の可能性のある方には検査を行いません。授乳中の方は、検査後 24 時間授乳を中止してください。

疑問な点は、注射前にスタッフにお聞き下さい。前日までは下記まで電話でお問い合わせ下さい。

横浜市立市民病院

電話：045-316-4580

PET-CT 検査問診票 〈横浜市立市民病院〉

〈検査当日にお持ち下さい〉

お名前

様

検査日時 年 月 日 () 時 分 (30分前にお越しください)

1. 現在治療中の病気や、今までにかかった病気・ケガがありましたらご記入下さい

病名	かかった時期	治療
	<input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> () 歳頃にかかった	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) <input type="checkbox"/> 薬 (注射、内服) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月)
	<input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> () 歳頃にかかった	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) <input type="checkbox"/> 薬 (注射、内服) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月)
	<input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> () 歳頃にかかった	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) <input type="checkbox"/> 薬 (注射、内服) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月)
	<input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> () 歳頃にかかった	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) <input type="checkbox"/> 薬 (注射、内服) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (年 月)

2. 以下の質問にもお答え下さい

身長： cm、 体重： kg	
糖尿病がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
体内に手術やケガで金属がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (
1週間以内に胃や大腸のバリウム検査をしましたか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した

3. 女性の方のみお答え下さい

最終月経日	月 日 <input type="checkbox"/> 閉経した
現在、妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

4. 以下の質問には検査当日にご記入ください

水またはお茶 (500ml程度) を持参してきましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
検査前5時間の絶食はしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5時間以内に糖分を含んだ飲物を飲まれましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

〈質問にお答えいただきありがとうございました〉

〈スタッフ使用欄〉

Ⅳ 前の血糖値： mg/dl

注射部位：

担当者：