

PET-CT検査 予約申込書

年 月 日

FAX送信 : 055-989-5623

希望予約日	年 月 日 () 午前・午後		
診療機関名			
患者情報	(フリガナ) 氏名	連絡先・電話番号 ()	
	生年月日 年 月 日	身長 cm	体重 kg
	歩行	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
	安静 (検査時間; 30分・仰臥位)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
	感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
	現在、妊娠 (可能性を含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	現在、授乳中	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
重要確認事項	<p>悪性腫瘍PET-CT検査の保険適応要件 (適応外の場合はお受けできません)</p> <p><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の診断が確定している。(早期胃癌を除く) または、病理診断が確定していなくても臨床的に高い蓋燃性がある。</p> <p><input type="checkbox"/> PET-CT検査を行う以前に他の画像診断が行われていること。 (腫瘍マーカー高値で最初の画像診断がPET-CT検査では不適応となります。)</p>		
病名	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌・脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌・胃癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫・皮膚癌 <input type="checkbox"/> 泌尿器癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌・卵巣癌 <input type="checkbox"/> 肝胆膵腫瘍 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ()		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移疑い <input type="checkbox"/> 再発疑い <input type="checkbox"/> その他 ()		
注意事項 (別紙をご参照ください)	<p>検査前6時間は絶食です。輸液・インスリンもやめて下さい。飴・ガム等も不可です。</p> <p>水・緑茶・麦茶など糖分の入っていない飲料は飲んでいただいても構いません。 ただし、市販の水・緑茶には、糖分が含まれているものがありますので注意してください。</p> <p>除細動機能付きのペースメーカーを挿入している患者さまの検査は受けることができません</p> <p>検査前日と検査当日(検査まで)の運動はしないでください。</p> <p>検査薬製造の関係上、検査のキャンセルのご連絡は前日までをお願いします。</p>		

※診療情報提供書と画像検査CD-Rを添付してください。

※お申込み・お問い合わせ : 地域医療連携室 (TEL : 055-989-5646)



静岡県立静岡がんセンター 画像診断科