

《 PET-CT検査 予約票 》

氏 名		様
-----	--	---

■ 検査予約日時 ■

検査の所要時間は、**約3時間**となります。

年	月	日	曜日	時	分
---	---	---	----	---	---

受付や確認等があるので、**検査予約時間の30分前**には来院してください。

※ ご予約のお時間より遅れた場合は、検査で使用する薬剤の性質上、
検査が中止になることがありますので、予めご了承ください。

■ 検査当日の持ち物 ■

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| ① 本紙 | ⑥ 病院の案内図 |
| ② 問診票 | ⑦ 診察券（当院の診察券をお持ちの方は
合わせてご持参下さい。） |
| ③ 検査を受けられる方へ | |
| ④ 診療情報提供書（検査依頼書） | |
| ⑤ 保険証（公費医療証をお持ちの方は合わせてご持参下さい。） | |

■ 検査を受けるためのお約束 ■

- 8時～10時の予約の方は、検査当日は何も食べないでください。
- 11時～13時の予約の方は、検査当日朝7時以降は何も食べないでください。
- 14時～16時の予約の方は、検査当日朝9時以降は何も食べないでください。

※ 水や緑茶、ウーロン茶は良いですが、糖分が入っているジュースやスポーツ
ドリンク等は飲まないでください。飴やガムも控えて下さい。

- 検査を受ける前日や当日は、激しい運動やマッサージはしないでください。
- 糖尿病で、インスリン注射、糖尿病薬の服用をしている方は、検査当日の
朝から検査終了まで中止して下さい。

■ お問い合わせ・キャンセル ■

検査についてご不明な点がございましたら、『核医学診断科』にご連絡ください。
キャンセルや検査日時の変更は、前日の16時までに必ずご連絡ください。

※検査で使用する薬剤は、検査日時に合わせて用意しています。使用期間がとても短い
特殊な薬剤ですので、急なキャンセルや検査時間が遅れることによって薬剤が
使用できなくなる場合があります。自己都合による当日のキャンセルや検査日時の
変更の無いようにご協力をよろしくお願い致します。

千葉徳洲会病院 核医学診断科

TEL:047-774-0430 【平日8:30～17:00・土曜8:30～12:00】

千葉徳洲会病院 PET-CT診療情報提供書(検査依頼書)

医療機関名	TEL: - -				
診療科	担当医師名 (フルネーム)				
ふりがな			性別	生年月日	
患者様氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日 (歳)
ご住所: 〒 - -					
電話番号: - - 携帯番号: - -					
保険適用の条件 早期胃癌を除く悪性腫瘍 ※疑い疾患やスクリーニングでは保険は適応できません。 (他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定出来ない患者)					
撮像希望範囲	<input type="checkbox"/> 頭頂部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 追加撮像希望：範囲 ()				
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 () <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> すい臓癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
検査目的	<input type="checkbox"/> ステージ診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他 ()				
PET前 画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()				
病理検査	<input type="checkbox"/> 検査済(組織型:) <input type="checkbox"/> 未検査(確定診断は得られていないが臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断)				
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 検査済(値:) <input type="checkbox"/> 未検査	告知	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知	保険	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療
臨床経過	※詳細記載が必要です		手術・治療歴		
			手術	年	月
			化学療法	年	月
			放射線治療	年	月
			その他	年	月
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有(空腹時血糖値: mg/dL) インスリン使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※検査当日のインスリンの使用、糖尿病薬の服薬は避けてください。 <input type="checkbox"/> 無				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他 ()				
移動形態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす(介助不要) <input type="checkbox"/> 車いす(要介助) <input type="checkbox"/> ベッド				
30分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
入院・外来	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (注:入院中でDPC対象の場合は、保険適用になりません。)				
その他、検査にかかわる留意点					

該当箇所にチェック、記載をしてFAXでお送りください。原本は検査当日に持参させてください。

千葉徳洲会病院 核医学診断科 FAX: 047-774-0382 TEL: 047-774-0430

※FAXする際には、番号の間違いに注意してください。

2021.12月 改訂

PET-CT検査 問診票

検査日 年 月 日 曜日 時 分～

氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
身長	cm	体重	kg

PET-CT検査を行うにあたり、以下の問診にお答えください。

(○で囲んで下さい)

① 現在、気になる症状はありますか？

ない ・ ある

症状

② 本日、食事を摂りましたか？

食べていない・食べた (時頃)

③ 糖尿病と言われたことはありますか？

いいえ ・ はい

『はい』とお答えの方へ

- ・ 現在治療をしていますか？
- ・ 血糖値はおわかりですか？

いいえ ・ はい (内服 ・ 注射 ・ その他)

いいえ ・ はい (血糖値 :)

④ 大きな怪我をして手術をしたり、癌などの大きな病気にかかったことはありますか？

病名	時期 (何歳時)	治療内容 (内服治療、手術など)

⑤ 最近、内視鏡検査を受けましたか？

いいえ ・ はい (いつ頃ですか？)

⑥ 1週間以内に胃や腸のバリウム検査を受けましたか？

いいえ ・ はい

⑦ 1年以内にPET検査を受けましたか？

いいえ ・ はい

『はい』とお答えの方へ：いつ検査を受けましたか？

施設名 年 月頃

⑧ 女性の方へ

現在、生理中ですか？

いいえ ・ はい (最終月経 年 月頃)

妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

授乳中ですか？

いいえ ・ はい

検査当日スタッフ使用欄

投与記録添付

アルコール消毒(可 ・ 不可) 止血注意

BW

BS

医療法人徳洲会 千葉徳洲会病院 核医学診断科

TEL:047-774-0430

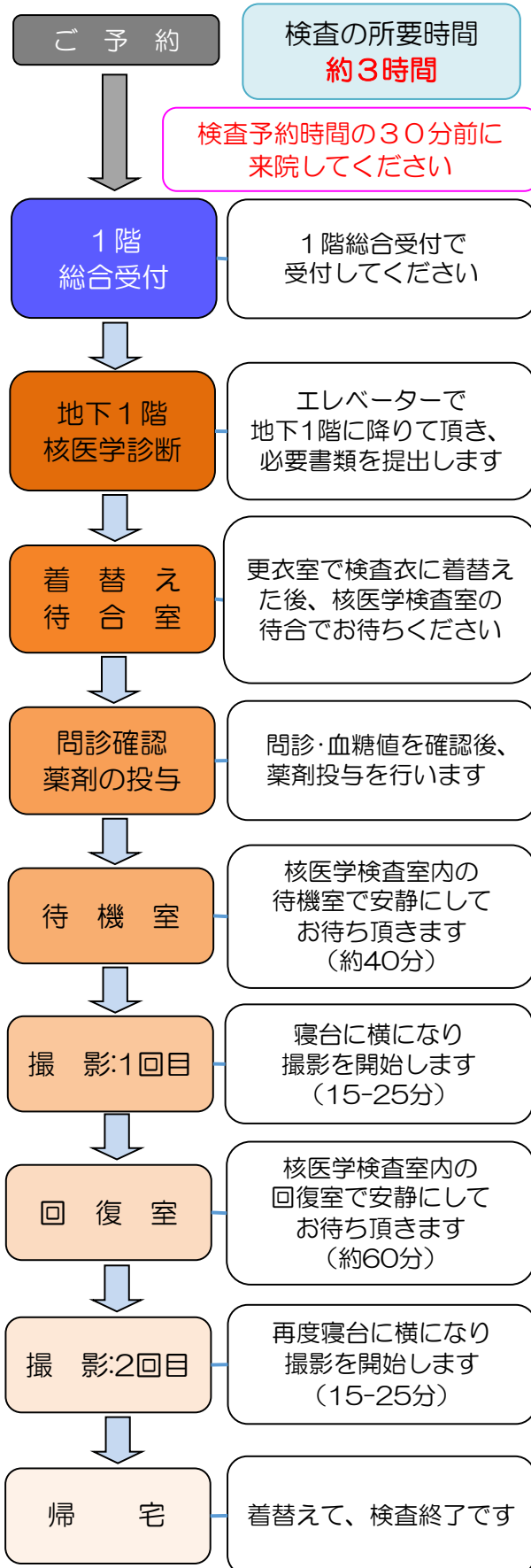
2021年12月改訂

この用紙は検査当日にお持ちください

《 当院のPET-CT検査を受けられる方へ 》

検査当日の流れやお守りいただく注意事項などを記載しております。必ずお読みください。

1. 検査の流れ



2. 検査を受けるための注意事項

下記の内容をお守りいただけない場合は
当院での検査を受けることが出来ないことがあります。

- 検査前4時間以上の絶食。
糖分の含まれている飲み物なども禁止です。
- 検査中はお一人で移動していただきます。オムツ交換や車イスなど介助が必要な場合は、ご家族等の付き添いをお願いしています。
- 当日は、更衣がありますので着替えをしやすい服装でおいでください。
- 待機室・回復室では、検査に影響しますので運動や読書、携帯電話の使用は控え下さい。
- 妊娠の可能性のある方、授乳中の方、閉所恐怖症の方はお申し出ください。

3. 検査終了後の注意事項

- 検査で使用した薬剤は尿中から排泄されます。水分を多めに摂取して排尿を促して下さい。
- 検査終了後も体内からはごく微量の放射線が出ていますので、検査当日は放射線に影響を受けやすい妊娠中の女性や10歳未満の小児とはあまり近い距離で接しないようにお願いします。
※2mほど距離をあげれば影響は無いとされています。

4. 検査の費用について

保険診療の場合
◇1割負担の場合⇒約10,000円前後
◆2割負担の場合⇒約20,000円前後
◇3割負担の場合⇒約30,000円前後

5. 検査のキャンセルについて

- 検査で使用する薬剤の性質上、ご予約時間より遅れた場合は検査が出来ないことがあります。予めご了承ください。
- キャンセルのご連絡は、遅くとも検査前日16時まで「核医学診断科」へご連絡ください。

6. お問い合わせ・ご連絡先

キャンセルのご連絡やご不明な点がございましたら
『核医学診断科』までご連絡ください。

核医学診断科 受付(直通)

047-774-0430

【平日 8:30~17:00】【土曜 8:30~12:00】

千葉徳洲会病院までの

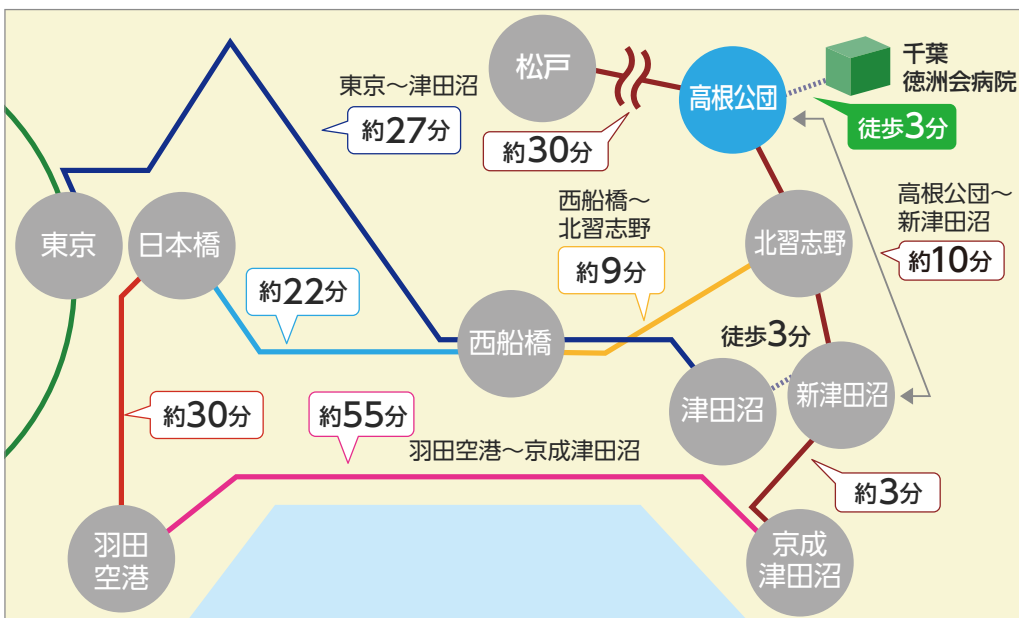
交通アクセス

〒274-8503 千葉県船橋市高根台2-11-1

☎ 047-466-7111



- お車でお越しの方はこちら
- 電車でお越しの方はこちら
- ♀ 新京成バスでお越しの方は「千葉徳洲会病院前」下車すぐ
新京成線「高根公園駅」北口より約3分



電車

- 総武線快速
- 京急線
- 東葉高速
- 新京成線
- 東京メトロ東西線

バス

- 羽田空港線 [津田沼] 6番のりば: JR津田沼駅行