

PET-CT検査 予約票・控

※ 太枠内に ご記入をお願いします

氏名		男・女
生年月日	年 月 日	
診療区分	保険診療 ・ 自費診療	
≪ 紹介元医療機関様情報 ≫		
医療機関名		
診療科名		
ご担当 医師名	先生	

検査 予約日時	年 月 日 時 分
患者様電話番号	- -

≪ 患者様情報 ≫	
患者様 移動	歩行・車椅子・ストレッチャー
患者様 静止	30分 静止可・不可
※ 不可の場合 静止方法 ()	
患者様 動的介助	不要・必要(家族付添必須)
患者様 コミュニケーション	良好・要介助(家族付添必須)
検査施行 同意書	有 ・ 無
当該病変の病理診断	実施 ・ 未実施
同月内 CT検査	無 ・ 有
他 画像検査	無 ・ 有(画像要持参)
同月内 Ga検査(予定含)	無 ・ 有
感染症	無 ・ 有
糖尿病	無 ・ 有

診断名 :	※ 臨床症状・検査目的を下記にご記載願います。 (具体的にご記入願います)

【 PET-CT検査予約時の注意事項 】

1. 対象疾患 について

当院では、腫瘍性疾患を検査対象としています。(虚血性心疾患・てんかん 対象の検査は実勢しておりません)

- ① 早期胃がん以外の悪性腫瘍であること。
- ② 悪性腫瘍の診断が確定していること。
※ 「疑い」での検査は、保険適応となりません。
- ③ 病期診断・転移・再発 の診断が確定できない症例であること。
※ 「治療効果判定・経過観察」目的での検査は、保険適応となりません。

2. 禁食・血糖値 について

検査予約時刻の最低 5時間前からの禁食(禁糖分摂取)をお願い致します。

検査中の血糖値が、150mg/dl を超える場合は、集積が弱まり偽陰性となる場合があります。ご注意ください。

水分(水)の摂取は可能です。

3. 糖尿病 について

★ インシュリン等での1週間以上のコントロールをお願い致します。

検査直前の投薬を中止頂き、検査を行います。尚、コントロール時に高血糖の場合、前記 偽陰性となる場合がございます。ご注意ください。

★ 検査予約時刻にかかわらず、前日 21時以降は、糖分を含む飲食物の摂取を控えてください。

★ インシュリン・経口糖尿病薬の投与は、検査終了まで控えてください。

4. Ga シンチ検査 について

同月内にGaシンチ検査を実施(予定含)の場合、PET-CT検査との同時算定不可のため、自費診療検査となります。

5. その他

患者様が、DPC算定の病院にご入院中の場合は、保険算定不可のため、自費診療検査となります。