PET／CT検査依頼書（受診者控）

お申込日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名　　男・女 M・T・S・H　　年　　月　　日生　　歳 貴施設ＩＤ番号（　　）	医療機関名 診療科 主治医 電話（　　）　　－

	身長	cm	体重	kg

予約日時	年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分

・当日検査は、他施設ですでに提出されている場合でも、**保険証と依頼書を必ずご持参の上**、予約時間の15分前にはお越しください。もし、遅れる場合は、お手数ですが連絡を頂きますようお願いします。
・主治医の先生からお預かりの資料がありましたら一緒にお持ちください。

〈受診者の方へ〉

1．**検査開始時刻の前最低４時間は絶食でお越し下さい。**
午前の場合は、当日の朝食はとらずにお越しください。
午後の場合は、４時間前までに糖分、カロリーを極力控えた食事をお済ませ下さい。
糖分を含まない水分（水・白湯・茶など）は検査直前までおとりいただいてかまいません。
2．**検査前の力仕事や運動はお控え下さい。**
ガムをかんだりすることも顔面の筋肉の運動になりますのでご遠慮下さい。
3．ＰＥＴ／ＣＴ検査はＰＥＴ検査に引き続きＣＴの撮影を同一の機器を用いて行う検査です。
4．^{18}F-FDGという放射性薬剤を静脈注射しますが、薬剤としての副作用の心配はありません。
5．使用する薬剤とＣＴ検査による若干の放射性被曝がありますが、身体への影響はほとんどありません。ただし、妊娠中の方またはその疑いのある方は検査できませんのでお申し出下さい。
6．検査は、問診から検査終了まで約２時間半～３時間余かかります。
7．検査は予約制になっておりますので、予約の日時にお越し頂けない場合は必ずご連絡下さい。
8．検査に用いる薬剤は当診療所内で製造しております。管理には万全を期しておりますが予期せぬ機器の状況等により検査が予定通り行えない場合があることをあらかじめご了承下さい。
9．検査終了後は普段通りにお過ごし下さい。ただししばらくは体から放射線が出ますので妊婦や乳幼児との過度の接触は６時間程度ひかえて下さい。

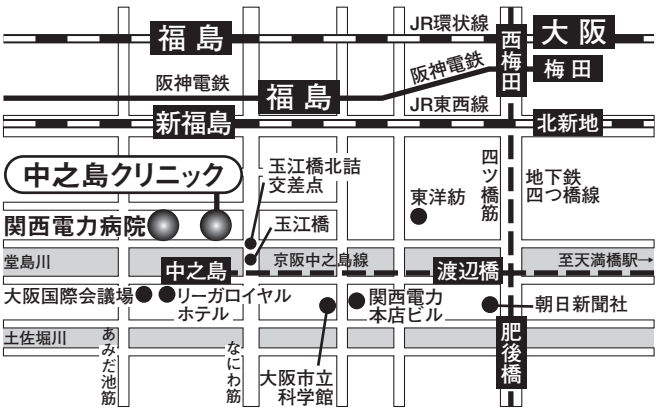
〈主治医へのお願い〉

1．**依頼書の太枠の中をすべてご記入下さい。**
2．安静を保つために、麻酔、鎮静剤などが必要な場合は、主治医がご同伴下さい。
3．検査前の点滴や静脈注射の成分からはブドウ糖を除いていただくようお願いします。
4．検査予約の中止、変更は、**必ず電話にて**ご連絡下さい。

●Nakanoshima Clinic
中之島クリニック

〒553-0003
大阪市福島区福島二丁目1-2
電話番号：06-6451-6100(代)
予約専用番号：0120 - 489（ヨヤク(予約)）
- 401（ヨオイ(用意)）

予約受付時間　月～金　9:00～19:00
　　土　　9:00～17:00
診療時間　月～金　8:30～19:00
　　土　　8:30～17:00



※京阪中之島線は2008年開通予定です。

`07.05.　3×30×500

PET／CT検査依頼書（中之島クリニック控）

お申込日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名　　男・女 M・T・S・H　　年　　月　　日生　　歳 貴施設ＩＤ番号（　　）	医療機関名 診療科 主治医 電話（　　）　　－

	身長	cm	体重	kg

予約日時	年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分

検査部位　いずれかに○をして下さい ・脳　　・全身　　・その他（　　） 通常全身の場合は頸部～大腿上部までの撮像となります。	注意事項 ・FDG以外の薬剤による検査は施行できません。

適応疾患名と依頼目的

下記の項目から必ず選択して番号(1~11)と記号(a,b)に○をして下さい。選択肢のない診断名及びPET／CTについては×印の場合は保険診療外となります。
詳細な情報は右欄にご記入をお願いします。

				PET/CT
1.	難治性てんかん	a.	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者	○
2.	肺癌	a.	他の検査、画像診断により癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者	×
3.	乳癌			
4.	大腸癌	b.	他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者	○
5.	頭頸部癌			
6.	脳腫瘍		他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない患者	×
7.	膵癌	a.	他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な患者	○
		b.	他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者	○
8.	転移性肝癌	a.	他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者	○
		b.	原発巣の不明な患者	○
9.	原発不明癌	a.	リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者	○
10.	悪性リンパ腫	a.	他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者	○
11.	悪性黒色腫			
12.	食道癌			
13.	子宮癌			
14.	卵巣癌			

本欄もご記入お願いします

【診断名・現病歴】

【依頼目的】

当所でのPET／CT受診歴
あり　　なし

特記事項		手術歴	

患者移動	独歩	車椅子	ストレッチャー	糖尿病歴　なし・あり（　　）

検査結果は原則的に郵送で行いますので返却に数日を要します。 お急ぎの場合は下記にご記入をお願いします ・入院中（病棟　　） ・　　月　　日（　　）までに必要	ＣＤ－Ｒ添付 希望する　・　希望しない 結果返却宛先（特殊な事情のある場合にのみご記入ください）

薬品：^{18}F-FDG	投与量　MBq	Delay		カラー　枚	PET 大四 ×　枚	担当	
ＣＴ部位	頭頸部・胸部・腹部・骨盤 他（　　）	ＣＴ条件	kV　mAs		CT 大四 ×　枚	MOD	

PET／CT検査依頼書（依頼先控）

お申込日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名　　男・女 M・T・S・H　　年　　月　　日生　　歳 貴施設ＩＤ番号（　　）	医療機関名 診療科 主治医 電話（　　）　　－

	身長	cm	体重	kg

予約日時	年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分

検査部位　いずれかに○をして下さい ・脳　　・全身　　・その他（　　） 通常全身の場合は頸部～大腿上部までの撮像となります。	注意事項 ・FDG以外の薬剤による検査は施行できません。

適応疾患名と依頼目的

下記の項目から必ず選択して番号(1~11)と記号(a,b)に○をして下さい。選択肢のない診断名及びPET／CTについては×印の場合は保険診療外となります。
詳細な情報は右欄にご記入をお願いします。

				PET/CT
1.	難治性てんかん	a.	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者	○
2.	肺癌	a.	他の検査、画像診断により癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者	×
3.	乳癌			
4.	大腸癌	b.	他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者	○
5.	頭頸部癌			
6.	脳腫瘍		他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない患者	×
7.	膵癌	a.	他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な患者	○
		b.	他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者	○
8.	転移性肝癌	a.	他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者	○
		b.	原発巣の不明な患者	○
9.	原発不明癌	a.	リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者	○
10.	悪性リンパ腫	a.	他の検査、画像診断により、病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者	○
11.	悪性黒色腫			
12.	食道癌			
13.	子宮癌			
14.	卵巣癌			

本欄もご記入お願いします

【診断名・現病歴】

【依頼目的】

当所でのPET／CT受診歴
あり　　なし

特記事項		手術歴	

患者移動　独歩　車椅子　ストレッチャー	糖尿病歴　なし・あり（　　）

検査結果は原則的に郵送で行いますので返却に数日を要します。 お急ぎの場合は下記にご記入をお願いします ・入院中（病棟　　） ・　　月　　日（　　）までに必要	ＣＤ－Ｒ添付 希望する　・　希望しない 結果返却宛先（特殊な事情のある場合にのみご記入ください）

薬品：^{18}F-FDG	投与量　MBq	Delay		カラー　枚	PET 大四 ×　枚	担当	
ＣＴ部位	頭頸部・胸部・腹部・骨盤 他（　　）	ＣＴ条件	kV　mAs		CT 大四 ×　枚	MOD	

中之島クリニック