

# PET-CT 検査予約申込書

(FAX 用紙)

ご紹介元医療機関

国立病院機構浜田医療センター  
地域医療連携室 行

|              |
|--------------|
| FAX 番号       |
| 0855-28-7100 |

|        |
|--------|
| 医療機関名  |
| 医師名    |
| 電話番号   |
| FAX 番号 |

ご紹介患者様

| フリガナ            | 性別                         | 生年月日                       | 年齢                          |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 患者様氏名           | 男・女                        | M・T・S・H 年 月 日              |                             |
| 患者様住所           | 連絡先:①・②とも記入をお願いします         |                            |                             |
|                 | ①電話番号                      |                            |                             |
| 浜田医療センター<br>受診歴 | ②当日の連絡先<br>(携帯電話など)        |                            |                             |
|                 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 不明 |

予約希望日

|      |         |      |     |    |
|------|---------|------|-----|----|
| 第一希望 | 月 日 ( ) | 希望時間 | 時 分 | ころ |
| 第二希望 | 月 日 ( ) | 希望時間 | 時 分 | ころ |

\*合わせて、別紙「PET-CT 診療情報提供書」の FAX もお願いいたします

保 険 情 報

\* カルテ作成上、保険番号の記入をお願いします

電子カルテでの登録ができないとご予約できませんので、浜田医療センターの受診歴のない方は、必ず下記をご記入下さい。

|       |  |       |       |       |
|-------|--|-------|-------|-------|
| 主保険   |  | 本人・家族 | 資格取得日 | 年 月 日 |
| 記号・番号 |  |       | 有効期限  | 年 月 日 |
| 老人    |  |       | 資格取得日 | 年 月 日 |
| 記号・番号 |  |       | 有効期限  | 年 月 日 |
| 公費    |  |       | 資格取得日 | 年 月 日 |
| 記号・番号 |  |       | 有効期限  | 年 月 日 |

連絡先 浜田医療センター 浜田市浅井町777番12 電話 0855-25-0505 (代表)  
地域医療連携室 電話 0855-28-7091 (直通)

# P E T - C T 診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
浜田医療センター 放射線科

紹介元医療機関の所在地・名称等

殿

〒 697-8511 島根県浜田市浅井町 777 番 12

Tel 0855 (25) 0505 (代表)

Fax 0855 (28) 0707 (管理課)

(地域連携室)

Tel 0855 (28) 7091

Fax 0855 (28) 7100

医師名

印

検査日 平成 年 月 日

|    |      |      |                |       |          |          |
|----|------|------|----------------|-------|----------|----------|
| 患者 | フリガナ | 生年月日 |                |       |          |          |
|    | 氏名   | 男・女  | 明治・大正<br>昭和・平成 | 年 月 日 | 身長<br>体重 | cm<br>kg |
|    | 住所   | 連絡先  | ( )            |       |          |          |

確認事項(必ずご記入ください。)

|                   |   |          |
|-------------------|---|----------|
| 前回受診歴             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 平成 年 月 日 |
| 撮影範囲              | (撮影範囲は頭部～大腿基部まで) 撮影範囲に希望がある場合に記入  |          |
| 診療種別及び目的          | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(確定) ⇒ <input type="checkbox"/> 病気診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断<br>(早期胃がんを除く) 保険診療の要件…「他の検査・画像診断により病気診断、転移、再発の診断が確定できないとき」<br><input type="checkbox"/> 自費診療 ⇒ <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(疑) <input type="checkbox"/> その他 ( )          |          |
| 病名                |   |          |
| 画像診断検査<br>※要画像データ | <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(最終検査日 平成 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(最終検査日 平成 年 月 日)<br>※ガリウムシンチと同一月内のPET-CTは不可 |          |
| 腫瘍マーカー            |   |          |
| 診療経過・検査目的等        |   |          |
| 手術歴               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 昭和・平成 年 月 術式 ( )  |          |

※①検査の依頼に当たっては、保険診療の取扱に従ってください。

②保険診療で依頼の場合、「診療経過・検査目的等」欄にはPET-CT検査を依頼するに至った理由を、詳細に記載してください。単に「〇〇癌疑いのため精査目的」ではなく、「〇〇の理由により△△癌と診断した。」や、「××により□□癌の疑いと診断したが、☆☆の理由により◎◎の検査が実施できないため、PET-CT検査を依頼」等、経過をお願いします。

検査前確認事項

|                  |                |       |     |       |  |       |     |
|------------------|----------------|-------|-----|-------|--|-------|-----|
| 現在の状況            | 外来・入院中         | 告知の有無 | 有・無 | 閉所恐怖症 | 有・無  | 妊娠可能性 | 有・無 |
| 移動方法             | 歩行・車椅子・ストレッチャー |       |     | 腎機能   | 正常・異常 ( <sup>BUN</sup> <sub>クレアチニン</sub> ) |       |     |
| 20分静止            | 可・不可 ( )       |       |     | 糖尿病   | 有(空腹時血糖 mg/dl)・無                           |       |     |
| ペースメーカー          | 無・有 (メーカー )    |       |     |       |  |       |     |
| その他留意点<br>必要な処置等 |                |       |     |       |  |       |     |

検査中は、検査エリアをお一人で移動して頂く関係上、介護を必要とする患者さまについては、介護の出来る家族などの付添がおられない場合は、検査をお受けできません。また、記入内容についてこちらからお問い合わせをすることがあります。

# PET-CT検査を受ける方への大切なお願い

PET-CT検査は他の検査と異なり、かなり特殊です。そのために注意していただきたいことがいくつかあります。注意点を守っていただけない場合には診断が困難または不能となることがあります。正確な診断を得るためにもご協力よろしくお願いたします。

- ①検査前に**最低4時間以上の絶食が必要**です。(食事×,糖分×,お水○)
- ②検査当日、**お水(500ml程度)**を持参してください。(味の付いているもの×,糖分×,カロリーゼロ×,炭酸<スパークリング>×)
- ③オムツを使用している方は必ず交換用のオムツを持参してください。
- ④検査を受ける方で**少しでも介助が必要となる方は、検査が終わるまでの間、必ずご家族やお連れの方が付き添ってください。**同じ時間に他にも検査を受ける方が複数おられるため、検査担当者は介助ができません。
- ⑤**糖尿病のお薬を飲んでいる方、インスリンの注射をする方は、検査当日の朝は服用・注射を控えてください。**その他のお薬については問題ありませんが、不安な方やわからない方は主治医に確認してください。
- ⑥検査で使用するお薬は、使用期限が短く保管ができないため検査の予約時間に合わせて業者が配達しています。  
**検査当日、来院できない場合は早急に【放射線科:0855-28-7140】まで連絡してください。**  
※連絡なく来院されなかった場合、未使用となったお薬の費用を負担していただきます。これは未使用となったお薬を他の方に使用することができないためです。
- ⑦検査前や検査の間での運動は控えてください。運動をすると診断のできる画像が得られにくくなります。
- ⑧検査で使用するお薬は尿と一緒に排泄されます。そのため尿が飛び散ると、体や衣服に検査のお薬が付着し、それを病変と見間違える可能性が生じます。**誤診を招かないためにも、男性も必ず座って用を足してください。**

※上記以外の詳しい内容は【PET-CT検査をお受けになる患者さんへ】をご覧ください。

※検査を安全に正しく行うため、ご協力をお願いいたします。

お問い合わせ先

浜田医療センター 代表 0855-25-0505

放射線科 0855-28-7140



## 被ばくと検査薬について

- ①PET-CT検査の被ばく線量は胃のバリウム検査と同程度です。この線量で放射線障害が起こることはありませんので、安心して検査を受けてください。
- ②この検査では放射線を放出する薬を注射します。そのため注射後は全身から放射線が出ている状態になります。放射線の量は約2時間ごとに半減しますので、検査終了後であれば周りの人にもほとんど影響はありません。それでも微量ながら放射線がでている状態であるため、検査当日に限り注意していただきたいことがあります。  
妊婦(胎児)、乳幼児や小児との長時間の接触を避けてください。子供は大人に比べ放射線の影響を受けやすいためです。
- ③検査担当者は、検査薬を注射された方へ極力近づかないようにしています。多くの方の検査に立ち会うため、被ばく線量が多くなるためです。そのため介助等は必ず付き添いの方へお願いしています。

## 検査当日の流れ(検査終了まで約3時間)

- ①当院の診療科から予約された方は、再来受付機に診察券を通し案内票を発行します。  
他院からの紹介でこられた方は、1番窓口にて受付を済ませ案内票を発行します。
- ②放射線科受付にて、受付を済ませます。
- ③PET-CT検査室前の待合で、検査担当者から案内があるまで待ちます。
- ④更衣室で検査着に着替えます。
  - ★ボタン・金属・ブラジャー・湿布・カイロ・エレキバン等を外します。
  - ★眼鏡・補聴器・入れ歯は、撮影の直前までつけておきます。
  - ★荷物はロッカーへ入れ、必ず鍵を閉めます。渡された手さげ袋には、案内票、ロッカーの鍵とお水のボトルを入れます。
- ⑤注射して血糖値を測定し、検査可能な値(200mg/dl以下)であればそこから検査薬を注入します。
- ⑥待機室へ移動し、検査担当者から案内されるまで安静にして待ちます。(1~1.5時間程度)
  - ★待ち時間で持参したお水を飲みます。医師から水分制限されている方や多く飲めない方は無理のない程度にします。
  - ★安静にすることが大切なので、読書・音楽鑑賞を行わないようにします。
  - ★男性も座って用を足して下さい。検査のお薬は尿と一緒に排泄されるため、尿が衣服に付着すると画像に影響がでるためです。
- ⑦検査室へ移動し、撮影を行います。(30分程度)
- ⑧撮影後に待機室へ戻り、検査担当者に案内されるまで待ちます。(20~50分程度)
- ⑨検査担当者から検査終了後の案内を受けたら、着替えて会計窓口へ行きます。