



PET-CT 依頼書

フリガナ		検査薬FDGの量は体重できまります	
患者氏名 (漢字)		身長	cm 体重 kg
性別	男 ・ 女	医療機関	
生年月日	M・T S・H 年 月 日	診療科	
連絡先 ※日中、連絡の 取れる電話 番号をご記 入ください	[携帯] — —	主治医 ※フルネームで ご記入くださ い	
	[自宅・勤務先] — —		
保険病名	1. 肺癌 2. 悪性リンパ腫 3. 頭頸部癌 (部位) 4. 乳癌 5. 食道癌 6. 大腸癌 7. 膵癌 8. 転移性肝癌 9. 子宮頸癌 10. 子宮体癌 11. 卵巣癌 12. 悪性黒色腫 13. 悪性骨軟部腫瘍 (病名・部位) 14. 原発性不明癌 (転移確認部位) 15. その他の癌 () 16. 自費診療 ()		
検査目的	1. 病気診断 2. 転移・再発診断 3. その他 ()		
依頼目的	(現病歴、治療歴、腫瘍マーカーの推移、既往歴など、出来るだけ詳細にご記入ください)		
腫瘍マーカー			
検査前確認事項 (該当する箇所にご記入ください) [告知の有無] 無 有 <u>※必ずご記入ください</u> [移動方法] 歩行 車椅子 ストレッチャー [排泄] 自立 導尿 オムツ 人工肛門 (車椅子・ストレッチャーの患者様は、状態により医療従事者またはご家族の同伴をお願いする場合がございます。) [糖尿病] 無 有 (内服: インスリン:) [現在状況] 通院 入院 階 病棟 (接続点滴: 無 有) [ペースメーカー] 無 有 (Thera-I, InSync8040 それ以外 不明) ※手帳のコピーをFAXしてください。 [閉所恐怖症] 無 有 (鎮静剤: 不要 要) [妊娠の可能性] 無 有 [感染症] HBV() HCV() HIV() その他()			



PET-CT 検査予約用紙（検査をお受けになる方へ）

来院時間：検査予約時間の30分前にお越しください。

ご注意

1. 完全予約制となっています。予約時間に遅れないようにお越しください。
2. ご自身のご都合でキャンセルさせる場合は、主治医に相談をして、主治医から直接キャンセルの連絡を頂くことが原則となっております。
この場合、キャンセル料が発生することがあります。あらかじめご了承ください。
3. 糖尿病以外の医師から処方された常備薬は服用していただけます。
4. 検査前日は、筋肉に負担のかかる運動などは控えてください。
5. 当日はボタン・ファスナーの無い肌着を着用してください。
6. 精密機械による検査となります。機器の都合上、予定通りに検査ができないことや、延期させていただく場合もございます。ご了承ください。

絶食開始：検査予約時間の6時間前から絶食してください。

絶食開始後もお水・お茶は飲んでもかまいません

但し、糖分を含むスポーツ飲料・あめ・ガム・糖質入り点滴は不可
シュガーレス表記のガムなども不可

所要時間：検査には2時間半から3時間かかります

受付場所：神戸低侵襲がん医療センター 2階 総合受付

電話番号：078-304-4100（平日8:15～17:00）

持参するもの

1. 主治医からの紹介状・CD-ROM（ある方のみ）
2. 保険証
3. 検査費用
4. 服用手帳または説明書
5. 必要な方は、ペースメーカー手帳、ストマ用パウチの予備、痛み止め、咳止め、ウィッグの代わりに金属類のない帽子

ご不明な点につきましては、PET-CT 室看護師までお問い合わせください。

検査予約日時 平成 年 月 日 時 分