

## PET/CT 検査依頼申込書

社会医療法人孝仁会  
 釧路孝仁会記念病院  
 地域連携室 FAX : 0154-39-0660

＜ご紹介元医療機関様＞

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

申込年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	明・大 年 月 日生	昭・平 ( 才)
住所	〒 _____ TEL ( ) - _____				
保険者番号	記号番号			被保険者との続柄 ( 本人・家族 )	
公費負担番号	受給者番号			入院外 来区分	入院 ・ 外来
公費負担番号	受給者番号				

保険適用要件をご確認の上、印にチェックをご記入願います。その他注意事項につきましては別紙ご確認ください。

病 名	保険適用要件
<p><b>■ 早期胃癌を除く悪性腫瘍</b></p> <p><input type="checkbox"/>脳腫瘍    <input type="checkbox"/>頭頸部癌    <input type="checkbox"/>肺癌</p> <p><input type="checkbox"/>食道癌    <input type="checkbox"/>胃癌(早期除く) <input type="checkbox"/>大腸癌</p> <p><input type="checkbox"/>肝癌    <input type="checkbox"/>胆嚢胆管癌    <input type="checkbox"/>膵癌</p> <p><input type="checkbox"/>腎臓癌    <input type="checkbox"/>膀胱癌    <input type="checkbox"/>精巣癌</p> <p><input type="checkbox"/>乳癌    <input type="checkbox"/>子宮癌    <input type="checkbox"/>卵巣癌</p> <p><input type="checkbox"/>悪性リンパ腫    <input type="checkbox"/>悪性黒色腫</p> <p><input type="checkbox"/>原発不明癌</p> <p><input type="checkbox"/>その他 [ _____ ]</p>	<p>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</p> <p>※病理学的に確定診断のついた悪性腫瘍。ただし病理診断を施行したが確定診断が得られなかった場合または医学的な理由（生検リスクが高い等）により病理診断が困難であった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合は保険適用となります。</p>
<input type="checkbox"/> てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者であり、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合 (PET のみ)

身長	( ) cm	体重	( ) kg	感染症	有 ( ) ・ 無 ・ 不明
妊 娠	有 ・ 無	ペーサー	有 ・ 無	糖尿病 注3	有 (空腹時血糖 _____ mg/dl) ・ 無
読影所見	要 ・ 不要	移動方法	独歩・杖・車いす	告知の有無	有 ・ 無 ( )

診療情報提供書および画像診断に用いたフィルムをご持参ください。また、病理診断・血液検査（腫瘍マーカー）もできるだけご持参ください。

## PET/CT 検査申込み方法

1. 保険適用に該当されることをご確認ください。
2. 「PET/CT 検査依頼申込書」に必要事項をご記入の上、下記まで FAX にて申込み下さい。
3. 予約日が決まり次第、「受付確認票／予約票（患者様用）」を FAX 致します。
4. 「PET 検査／検査前の注意事項」を患者様にご説明お願い致します。また絶食時間については予約票に記載しておりますので、ご確認の上、ご説明してください。
5. 「予約票（患者様用）」、「PET 検査 検査前の注意事項」および貴院の「診療情報提供書」「検査結果（フィルム等）」を患者様へお渡しの上、当日「健康保険証」等と併せてお持ちいただくようご説明お願い致します。
6. 読影所見および画像（CD-R）は後日郵送いたしますので、貴院より患者様に結果のご説明をお願いします。
7. 8 時 30 分以降に来院予約の方は、検査料金を検査前にお支払いいただきます。

（3 割負担：約 3 万円、1 割負担：約 1 万円）

### <注意事項>

#### 1. 飲食について

絶食時間を厳守していただくようお願いいたします。お薬も飲まないで来院してください。持続点滴や当日の点滴は糖分の入っているものは来院 5 時間前から中止して下さい。糖分を含まない水・お茶などや糖分の含まない点滴は制限ありません。

#### 2. 運動について

前日から筋肉疲労の残るような運動・リハビリなどは行わないようにして下さい。（ガムや飴などの口腔運動も含む）

#### 3. 糖尿病

検査中の血糖値が 150mg/dl 以下になるようにコントロールして下さい。

また絶食時間中はインシュリンをご使用しないでください。必要であればこちらで血糖コントロールをします。

#### 4. 車いす移送の方について

検査中の付き添いをお願い致します。

#### 5. 排泄について

導尿の方はご遠慮いただいております。

#### 6. キャンセルについて

PET 検査薬剤は寿命が短く作り置きできません。PET 検査をキャンセルされる場合は前日 15 時までにご連絡お願い致します。

社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院 地域連携室

受付時間：月曜～金曜日 9 時～16 時（土日・祝日除く）

受付時間以外の申込につきましては、翌日もしくは休み明けの対応となります

TEL (0154) 39-1331 FAX (0154) 39-0660