

# PET/CT 検査依頼申込書

<様式1>

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	年	月	日
撮影希望日	_____		

フリガナ	_____	男・女	生年月日	明・大	年	月	日
患者氏名	_____様			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	入院
公費負担番号	受給者番号	区分	外来

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
<input checked="" type="checkbox"/> 早期胃癌を除く悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期除く) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢胆管癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 腎臓癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 精巣癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	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  ※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。
<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、通常的心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合(PETのみ)
<input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシス	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる(PETのみ)
<input type="checkbox"/> 血管炎	高安動脈炎等の大型血脈炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない場合

身長	( _____ )cm	体重	( _____ )kg	糖尿病注)3	有(空腹時血糖 _____ mg/dl)・無
妊娠	有・無	感染症	有( _____ )・無	ペースメーカー	有・無
画像診断		化学療法		移動方法	独歩・杖・車椅子
最終日(3ヶ月以内)	年 月 日	最終日	年 月 日	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御持参下さい。また、病理診断・血液検査・(腫瘍マーカー)もできるだけ御持参下さい。

## PET/CT検査申込方法

- 1.保険適用に該当されることをご確認下さい。
- 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にてお申し込み下さい。
- 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、ご説明下さい。
- 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」等と併せてお持ち頂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頂くようお願いいたします。お薬も飲まないで来院して下さい。持続点滴や当日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時までに御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～17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