

診療情報提供書(PET-CT検査依頼書)

◆保険情報は記入して頂くか保険証等を FAX してください。

生保・労災・交通事故 (該当を○で囲んでください)

負担割合

保険者番号		本人
記号・番号		家族

公費負担者番号	
公費受給者番号	

割

記載日 年 月 日

孝仁 (こうじん) 病院
 PET画像診断センター 担当医宛
 〒020-0052 岩手県盛岡市中太田泉田 28
 直通 TEL 019-656-2933
 孝仁病院受診歴 無・有

医療機関名称
 診療科
 所在地
 医師名
 TEL

Ⓜ

予約日時	年	月	日 ()	時	分
------	---	---	-------	---	---

(ふりがな)	身長	cm	体重	Kg	
患者氏名	様 (男・女)	T・S・H	年	月	日 (歳)
〒	自宅	-	-		
住所	携帯	-	-		

* 保険適応疾患: 早期胃がんを除く悪性腫瘍、てんかん、虚血性心疾患、心サルコイドーシス、血管炎

* 保険適応要件: 他の検査により病期診断、転移・再発診断が確定できない場合のみ

* 腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等のみでの保険適応はありません(保険適応外は自由診療となります)

病名	検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 転移・再発診断
		<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別(保険適応要件)	
施行検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> RI () <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> その他()		
病理診断	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし : 病理診断による確定診断が得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断		
臨床経過			
当該疾 治療歴	手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日
	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最終日 年 月 日
	その他		放射線療法
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最終日 年 月 日

患者情報	診療状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中(輸液・酸素・導尿・ドレーン・その他【 】)		
	糖尿病 (加療)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	空腹時血糖 (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 加療無し
	ステロイド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 化学療法時のみ)	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他()	
	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> その他()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最終月経	<input type="checkbox"/> (月 日) <input type="checkbox"/> 閉経後
	特記事項			

PET-CT検査予約票

検査当日は予約時間に孝仁病院PET画像診断センター受付へお越しください

孝仁（こうじん）病院 PET画像診断センター 担当医宛 〒020-0052 岩手県盛岡市中太田泉田 28 直通 TEL 019-656-2933 孝仁病院受診歴 無 ・ 有	医療機関名称 診療科 所在地 医師名 TEL	記載日	年	月	日
--	------------------------------------	-----	---	---	---

予約(受付)日時	年	月	日 ()	時	分
----------	---	---	-------	---	---

(ふりがな)	
患者氏名	様 (男・女) T・S・H 年 月 日 (歳)

検査を受けられる方々へ

◎お食事

- ・検査当日の朝食は予約の際にご案内します。
絶食または指定の時間までにお召し上がりください。
水やお茶(糖分なし)はご自由にお飲みください。
ただし、ジュース、コーヒー、牛乳、飴やガムなど糖分や油分を含むものの飲食はしないでください。

◎お薬

- ・糖尿病のお薬(内服薬、インスリン注射)は、検査当日のみ全て中止してください。
- ・それ以外のお薬は普段通りに服用してください。

※検査ができなくなりますので、お食事や糖尿病のお薬、注射には十分ご注意をお願い申し上げます。

◎その他

- ・検査前日から当日は運動(長時間の歩行など)を控えてください。
- ・受付から検査終了まで約3時間かかります。必要に応じて2回目の撮影を行うことがあります。
- ・完全予約制の検査です。来院できない場合や遅れる場合は早めにご連絡をお願いします。
- ・放射線を使用した検査です。妊婦さんや乳幼児連れでの来院はお控えいただき、検査当日は接触を避けてください。
- ・閉所恐怖症をお持ちの方で内服が必要な方は事前にご準備ください。
- ・PET(ペット)検査についてご不明な点がございましたら事前にお問合せください。

◎検査費用

- ・保険診療の場合、3割負担の方は3万円前後、1割負担の方は1万円前後です。
- ・保険が使用できない場合(自由診療扱い)は原則10万円前後の負担となります。

◎ご持参いただくもの

- ・保険証、各種受給者証、紹介状

PET検査の流れ

- 1. 受付** 保険証・各種受給者証・紹介状をご提出下さい。
- 2. 問診** 更衣・問診・診察を行います。
- 3. 薬剤注射** 薬剤（18F-FDG）を静脈注射いたします。
- 4. 安静** 安静室にて、約1時間待機していただきます。
- 5. 撮影** 撮影時間は約30分～45分です。
撮影は仰向けで行います。
必要に応じて2回目の撮影を行うことがあります。
- 6. 会計**

受付～終了まで約3時間かかります。

検査結果は後日、主治医の先生より説明をお受け下さい。

交通のご案内

- バスをご利用の場合
 - ・盛岡駅東口10番線乗り場から孝仁病院直通(約15分)
- タクシーご利用の場合
 - ・盛岡駅より(約10分)
- マイカーご利用の場合
 - ・東北自動車道盛岡ICより約10分
 - ・東北自動車道盛岡南ICより約20分
 - ・ナビゲーションシステムを利用の場合は、病院代表電話 019-656-2888 でご検索ください。

社団医療法人 啓愛会 孝仁病院

PET画像診断センター

〒020-0052 盛岡市中太田泉田28
TEL(直通)019-656-2933

