

# 診療情報提供書 PET-CT検査依頼書（受診者控え）

お申込日 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女	紹介元医療機関名
M・T・S・H	年 月 日生 歳	診療科
貴施設 I D ( )	<input type="checkbox"/> 入院中	主治医
住所 (〒 - )		電話 ( ) -
電話番号 (日中連絡のつくところ) - -		

身長	cm	体重	kg
予約日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分

- ・検査当日は**保険証と依頼書**を必ずご持参の上、**予約時刻の約30分前**にはお越し下さい。
- ・主治医の先生からお預かりのフィルム・資料がございましたら、一緒にお持ち下さい。

## <受診者の方へ>

1. 検査開始時刻の前、最低4時間は絶食でお越し下さい。  
○午前中の検査の場合は、当日の朝食はとらずにお越し下さい。  
○午後からの検査の場合は、検査4時間前までに糖分・カロリーを極力控えた食事をお済ませ下さい。  
糖分を含まない水分（水・お茶・白湯など）は検査直前までおとり頂いてかまいません。
2. 糖尿病治療中の方は服薬・インスリン注射について事前に主治医とご相談下さい。
3. 荷物はすべてロッカーに入れて頂きますので、高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないように、お願いします。
4. 検査前の力仕事や運動はお控え下さい。  
ガムをかんだりする事も顔面の筋肉の運動になりますのでご遠慮下さい。
5. 妊娠中の方またはその疑いのある方は原則として検査できません。
6. 検査は問診から検査終了まで約2時間半～3時間余かかります。
7. 検査は予約制になっておりますので、予約の日時にお越し頂けない場合は前日までにご連絡下さい。
8. 予期せぬ機器の状況により、検査が予定通り行えない場合がある事をあらかじめご了承下さい。
9. 植込み型除細動器（ICD）を装着されている方の検査は当クリニックでは施行できません。  
また心臓ペースメーカーを装着している方は機種によっては販売業者の立会いが必要になります。  
あらかじめ、担当の循環器内科医ないし販売業者に相談をお願いします。  
ペースメーカー手帳も必ずご持参下さい。

## <主治医へのごお願い>

1. 依頼書（1枚目、2枚目）の太枠の中を全てご記入下さい。
2. バリウム検査後、5日間はPET-CTの検査は避けて下さい。体内にバリウムが残っている状態では画質の劣化の恐れがあります。
3. 安静を保つために麻酔・鎮静剤が必要な場合は主治医がご同伴下さい。
4. 検査前の点滴や静脈注射の成分からはブドウ糖を除いて頂くようお願いいたします。
5. 検査予約の中止・変更は、必ず電話にてご連絡下さい。
6. 検査準備と保険適応の確認のため、お手数ですが**依頼書（2枚目）を事前にPET画像診断センター（075-823-3482）までFAXにて送付**いただきますようお願い致します。
7. 造影CT検査が必要な場合はご面倒ですが、別途CT検査依頼用紙をご用意下さい。

（坂崎診療所 改め）



**御池クリニック**  
人間ドック・PET画像診断センター

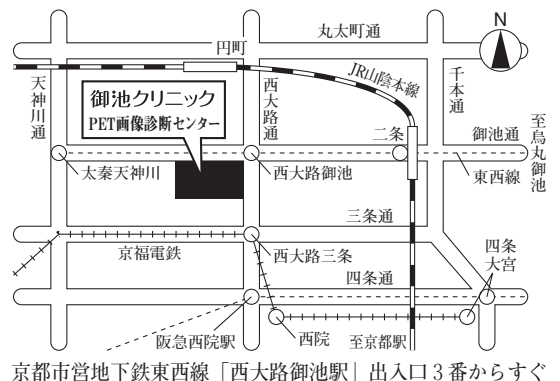
〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町11  
SHIMADZU PLAZA 1F (西大路御池西南角)

TEL 075-823-3000 (代表)  
075-823-3080 (予約直通)

FAX 075-823-3482

URL <http://www.oike-clinic.jp/>

本依頼書は上記のホームページからもダウンロード可能です。



# 診療情報提供書 PET-CT検査依頼書 (御池クリニック宛)

御池クリニック  
PET画像診断センター担当医 宛

申込日 年 月 日  
網掛け欄はFAXで塗りつぶしになります。

受診者情報			
フリガナ	氏名	男・女	紹介元医療機関名
	M・T・S・H 年 月 日生 歳		診療科
	貴施設ID ( ) <input type="checkbox"/> 入院中		主治医
			電話 ( ) -
住所 (〒 - )			
電話番号 (日中連絡のつくところ) - -			
ID		身長	cm 体重 kg
予約日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分
<b>悪性腫瘍名</b> (早期胃癌を除く)			
<b>臨床診断</b> 該当する項目にチェックをして下さい。		<input type="checkbox"/> 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている。 <input type="checkbox"/> 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される。 <input type="checkbox"/> 自費 ( )	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
検査部位	通常全身の場合は眼窩～大腿基部までとなります。(脳のための撮影の場合などは別途ご記入下さい。)		追加指示
【臨床経過・既往歴】		検査データ	
		検査日	/ /
		CEA	
		CA19-9	
		CA125	
		AFP	
		SCC	
		CRP	
病理検査		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
施行した画像診断		<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US ( )	
特記事項	CT・MRI検査等の画像診断が施行されている場合に保険適応になります。 できるだけ検査フィルムを患者様にお渡し下さい。(他医院の検査でも結構です)		
告知の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	部位	年 月
	<input type="checkbox"/> 有	部位	年 月
化学療法	<input type="checkbox"/> 無	期間	放射線治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 線量
	<input type="checkbox"/> 有		
確認事項	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	付属物
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
		糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dℓ)
		歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・ストレッチャー)
※画像返却方法にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> フィルム+CD-R(通常) <input type="checkbox"/> CD-Rのみ(フィルム不要) <input type="checkbox"/> フィルムのみ(CD-R不要)			
<診療所記入欄>			
フィルム	PET 大四× 枚	CT 大四× 枚	カラー 枚
薬品	<sup>18</sup> F-FDG MBq	CT撮影条件 kV mAs	CTDI mGy 担当

※造影CTの同時施行を希望される場合は、CT用の依頼用紙もご記入願います。

PET-CT  
(御池クリニック控)

# 診療情報提供書 PET-CT検査依頼書 (ご依頼先控え)

御池クリニック  
PET画像診断センター担当医 宛

申込日 年 月 日  
網掛け欄はFAXで塗りつぶしになります。

受診者情報								
フリガナ 氏名 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 歳 貴施設ID ( ) <input type="checkbox"/> 入院中				紹介元医療機関名 診療科 主治医 電話 ( ) -				
住所 (〒 - )								
電話番号 (日中連絡のつくところ) - -								
ID		身長	cm	体重	kg			
予約日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時	分				
悪性腫瘍名 (早期胃癌を除く)								
臨床診断 該当する項目にチェックをして下さい。		<input type="checkbox"/> 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている。 <input type="checkbox"/> 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される。 <input type="checkbox"/> 自費 ( )						
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
検査部位	通常全身の場合は眼窩～大腿基部までとなります。 (脳のための撮影の場合などは別途ご記入下さい。)				追加指示			
【臨床経過・既往歴】				検査データ				
				検査日	/	/		
				CEA				
				CA19-9				
				CA125				
				AFP				
				SCC				
				CRP				
病理検査				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
施行した画像診断				<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US ( )				
特記事項	CT・MRI検査等の画像診断が施行されている場合に保険適応になります。 できるだけ検査フィルムを患者様にお渡し下さい。(他医院の検査でも結構です)							
告知の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	部位	年 月	部位	年 月			
	<input type="checkbox"/> 有	部位	年 月	部位	年 月			
化学療法	<input type="checkbox"/> 無	期間		放射線治療	<input type="checkbox"/> 無	期間 線量		
	<input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> 有			
確認事項	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	付属物		感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dℓ)			
	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・ストレッチャー)			
※画像返却方法にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> フィルム+CD-R(通常) <input type="checkbox"/> CD-Rのみ(フィルム不要) <input type="checkbox"/> フィルムのみ(CD-R不要)								
〈診療所記入欄〉								
フィルム	PET	大四×	枚	CT	大四×	枚		
薬品	<sup>18</sup> F-FDG	MBq	CT撮影条件	kV	mAs	CTDI		
						mGy		
						担当		

※造影CTの同時施行を希望される場合は、CT用の依頼用紙もご記入願います。

PET-CT  
(ご依頼先控)