三个。	ᄨᄩᄞ	3 #+ =	₽ 68	· ~		A A A	חר-	Tセタオ	K //t.#2	→											
高乡 教	寮情 報捷								11以末			紹介元 機関									
		(:	御池	3ク!	ノニ	_ ツ 2	ク分)					診療	科								
	/ /- П	\\h /		_		T. 12-	= ^ / C + C	- N/ Œ													
	御	池ク	リ <u>ー</u>	ック	, [[当 像	診断担	当色	多见			主治	医								
《1枚目》			お申	込日			年		月			電話	5								
フリガフ	,									性別	31	(日中道	電絡の		ころ)						
氏名		● 男									ID										
生年月E	3				年		月	3	E		歳	次回診察日			月				В		
身長				С	m		体重			ŀ	kg										
来院日間	寺				年		月	1	E	()		0		午前 午後			時		分
検査目的	ń																				
		(1	初回)	PSM	A標的	り療法の	の前立脚	泉癌患者	旨への適同	制定の	補助。	としてF	PSM.	A陽性	病変	の有無	乗を研	催認する	3ため		
確認項E		(2	20E]以降])PS (臨	SMA 床経過	漂的療え 3の欄に	去の前に医学的	立腺癌患 的必要性	諸へのについ	適応て詳	判定の 細を記	補助 入し	相的でく] ださ	(1)					
			費での	の検査	を希	望す	る														
	施行画像	テした 象診断		Ħ	卡実施	包	□ C	Т	MRI		RI		US		7	の他	()
	手	術歴			有し無し	部位部位				年		月月	部部						年年		月月月
	化等	学療法		有		期間					放身	才線			有無	期間	9				, 3
E 中 4 又 7 回	φ (F	10 手標 一 無																			
臨床経過	! **																				
検査部位	通常の撮影	範囲は	は頭頂	[~大	腿上	部まで	でとなり)ます。	。(その	他を撮	影希	望の場	合に	別途	ご相	談くな	ださ	(1)			
	ペースメ	ニーカー	-		無		有			感染症	Ē			無		有	()
確認 事項	体内:	体内金属			無		有			持続点	滴			無		有	()
		透析			無		有			リウム				無		有			月	В)
					無		有不冊			排尿介质			_	無	<u> </u>	不要		7 市均	*Z 🗆	7 5 1 0	v=
※検査画像は			たしき	ます	要		不要			歩行				可		不可	L	」単位	IT [ストレ	ッテヤー
く依頼医の ・依頼書(14				己入くだ	ださし	١,															
•検査前1週	間は、バリ	ウム村	食査は	行わ	ない	でくださ															
•検査予約の	リΨഥ・変	史は、	火り	も話に	ر ر ر	理格く	いころい。														

- ・検査準備と保険適応の確認のため、お手数ですが依頼書を事前にPET画像診断センター (075-823-3482)までFAXにてお送りいただきますようお願いいたします。
- ※3枚目の受診者控を必ずご本人様へお渡しいただいて事前に目をとおしていただくようにお伝えください。

診療情報提供書 68 Ga PSMA-PET検査 依頼書 紹介元医療 機関名 (ご依頼元控え) 診療科 御池クリニック 画像診断担当医 宛 主治医 電話 《2枚目》 お申込日 年 月 \Box 電話 (日中連絡のつくところ) フリガナ 性別 男 ID 氏名 年 月 \Box 生年月日 月 \Box 次回診察日 身長 体重 cm kg 午前 0 年 月) 分 来院日時 日 (時 0 午後 検査目的 (初回) PSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助としてPSMA陽性病変の有無を確認するため (2回目以降) PSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助目的 確認項目 (臨床経過の欄に医学的必要性について詳細を記入してください) 自費での検査を希望する 施行した MRI US 未実施 CT RI その他(画像診断 П 有 年 部位 年 月 部位 月 手術歴 無 部位 年 部位 年 月 \Box 月 有 有 放射線 期間 期間 化学療法 治療 П 無 【PET検査に至った理由について実施検査や経過等を詳細に記入ください】 臨床経過等 検査部位 通常の撮影範囲は頭頂~大腿上部までとなります。(その他を撮影希望の場合は別途ご相談ください) ペースメーカー 無 有 感染症 無 有 (体内金属 無 有 持続点滴 無) 有 (確認 バリウム検査 透析 無 無 (月) 有 有 \Box 事項 不要 酸素 無 有 排尿介助 無

<依頼医の先生へのお願い>

・依頼書(1枚目)の枠内全てをご記入ください。

移動介助

※検査画像はCD-Rで返却いたします

- ・検査前1週間は、バリウム検査は行わないでください。
- ・検査予約の中止・変更は、必ず電話にてご連絡ください。
- ・検査準備と保険適応の確認のため、お手数ですが依頼書を事前にPET画像診断センター (075-823-3482)までFAXにてお送りいただきますようお願いいたします。

要

※3枚目の受診者控を必ずご本人様へお渡しいただいて事前に目をとおしていただくようにお伝えください。

不要

歩行

 不可

□ 車椅子 □ ストレッチャー

診療情報提供書 68 Ga PSMA-PET検査 依頼書 紹介元医療 (ご案内および注意事項) 診療科 主治医 電話 《3枚目》 お申込日 年 月 \Box 電話 (日中連絡のつくところ) フリガナ 性別 男 ID 氏名 年 \Box 歳 月 \Box 生年月日 月 次回診察日

来院日時	年	月	⊟ ()	0	午前 午後	時	分
------	---	---	-----	---	---	----------	---	---

検査日の数日前~前日に、当クリニックより検査での注意事項確認のお電話をさせていただきます。 この用紙は、電話の際にお手元に用意していただくと便利です。失くさないようにご注意ください。

【当日お持ちいただくもの】

- □PSMA-PET検査依頼書(原本)
- ロマイナンバーカードまたは資格確認書
- 口紹介先からのCD・Film(ある方のみ)
- □受診費用(保険適用の場合、3割負担で17万円前後)
- ◆検査は完全予約制です。来院時間を必ず守ってください

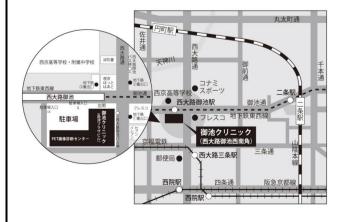
検査時間に合わせて製造された、有効期限が非常に短い検査薬を使用しますので、**来院時間には必ずお越しください。 ※予約の日時にお越しになれない場合は、検査前日17時までに必ずご連絡ください。**

- ◆検査について (注意事項)
 - ・所要時間は約2時間です。
 - ・検査バリウム検査実施後1週間以上の間を空けてください。
 - ・インスリンポンプ・持続血糖(グルコース)測定器は検査前にお外しいただきます。
 - 検査当日は荷物を全てロッカーに入れていただきます。
- ◆食事制限について

今回の検査では食事に関する制限はありません。 普段通りお摂りいただいてかまいません。

◆ペースメーカー・除細動器を装着されている方へ(検査当日に手帳を必ず持参ください)

・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され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ので担当の循環器内科医ないし販売業者にご相談ください。



交通アクセス

- 地下鉄東西線西大路御池駅③番出入口すぐ
- JR 京都駅より 市バス 205 系統 西大路御池下車すぐ (金閣寺方面)
- 阪急西院駅より 徒歩 10分
- 京福電鉄西大路三条駅より 徒歩3分
- ₩ 駐車場約40台



地図QRコード



te **御池クリニック**

〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町11 SHIMADZU PLAZA 1 F (西大路御池西南角) T E L 075-823-3000(代表)