

診療情報提供書 ⁶⁸Ga PSMA-PET検査 依頼書
(御池クリニック分)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

《1枚目》 お申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

フリガナ		性別	電話 (日中連絡のつくところ)	
氏名		☒ 男	ID	
生年月日	年 月 日	歳	次回診察日	月 日
身長	cm	体重	kg	

来院日時	年 月 日 ()	☐ 午前	時 分
		☐ 午後	

検査目的										
確認項目	☐ (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 (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 画像診断	☐ 未実施	☐ CT	☐ MRI	☐ RI	☐ US	☐ その他 ()			
	手術歴	☐ 有	部位	年 月	部位	年 月	☐ 無	部位	年 月	
臨床経過等	化学療法	☐ 有	期間	放射線 治療	☐ 有	期間				
	☐ 無			☐ 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】									

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)
------	--

確認事項	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 ()
	透析	☐ 無	☐ 有	バリウム検査	☐ 無	☐ 有 (月 日)
	酸素	☐ 無	☐ 有	排尿介助	☐ 無	☐ 不要
	移動介助	☐ 要	☐ 不要	歩行	☐ 可	☐ 不可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

※検査画像はCD-Rで返却いたします

＜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。
・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。
※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お願いいたします。

診療情報提供書 ⁶⁸Ga PSMA-PET検査 依頼書
(ご依頼元控え)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

《2枚目》 お申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

フリガナ					性別	電話 (日中連絡のつくところ)		
氏名					☒ 男	ID		
生年月日		年	月	日	歳	次回診察日		月 日
身長		cm	体重		kg			

来院日時		年	月	日	()	☐ 午前		時	分
						☐ 午後			

検査目的													
確認項目	☐ (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 (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 画像診断	☐	未実施	☐	CT	☐	MRI	☐	RI	☐	US	☐	その他 ()
	手術歴	☐	有	部位		年	月	部位		年	月		
	☐	無	部位		年	月	部位		年	月			
臨床経過等	化学療法	☐	有	期間		放射線 治療	☐	有	期間				
		☐	無				☐	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】												

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)
------	--

確認事項	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 ()
	透析	☐	無	☐	有	バリウム検査	☐	無	☐	有 (月 日)
	酸素	☐	無	☐	有	排尿介助	☐	無	☐	不要
	移動介助	☐	要	☐	不要	歩行	☐	可	☐	不可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

※検査画像はCD-Rで返却いたします

＜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。
・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。
※3枚目の受診者控え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お願いいたします。

診療情報提供書 ⁶⁸Ga PSMA-PET検査 依頼書

(ご案内および注意事項)

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

《3枚目》

お申込日

年

月

日

フリガナ		性別	電話 (日中連絡のつくところ)	
氏名		☒ 男	ID	
生年月日	年 月 日	歳	次回診察日	月 日

来院日時	年 月 日 ()	☐ 午前	時 分
		☐ 午後	

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)

☐ マイナンバーカードまたは資格確認書

☐ 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、来院時には必ずお越しください。
※予約の日時にお越しにならない場合は、検査前日17時までには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します。
- ・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もかまいません。

◆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



〒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)
TEL 075-823-3000 (代表)