

# 診療情報提供書 PET-CT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

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

《1枚目》 お申込日 年 月 日

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

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

悪性腫瘍名 (早期胃癌を除く)		腫瘍以外の場合は 診断名を記入	
--------------------	--	--------------------	--

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"/> 心サルコイドーシス (炎症部位の診断が必要とされる患者) <input type="checkbox"/> 大型血管炎 (他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者) <input type="checkbox"/> てんかん (難治性部分てんかんで外科的切除が必要) <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	通常の撮影範囲は頭頂～大腿上部までとなります。 (脳のための撮影の場合などは別途ご記入ください。)	追加 指示
------	--	----------

【臨床経過・既往歴・現病歴(症状)】

確認事項	手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	年	月	部位	年	月
	化学療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	放射線 治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	線量	
	検査データ 検査日 ( / )	<input type="checkbox"/> CEA ( ) <input type="checkbox"/> CA19-9 ( ) <input type="checkbox"/> CA125 ( ) <input type="checkbox"/> AFP ( ) <input type="checkbox"/> SCC ( ) <input type="checkbox"/> CRP ( ) <input type="checkbox"/> Pro-GRP ( )						
	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	病理検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		付属物				
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dl)			
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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。     DVD-Rのみ

御池クリニック記入欄

※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専用 FAX 075-823-3482 (番号をお確かめの上、おかけ間違いのないようお願いいたします。)

御池クリニック 代表 TEL 075-823-3336 FAX 075-823-3201

# 診療情報提供書 PET-CT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		
氏名					○ 男 ○ 女		
生年月日	年	月	日	歳	電話 (日中連絡のつくところ)		
身長	cm	体重	kg	ID			

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

悪性腫瘍名 (早期胃癌を除く)	腫瘍以外の場合は 診断名を記入
--------------------	--------------------

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"/> 心サルコイドーシス (炎症部位の診断が必要とされる患者) <input type="checkbox"/> 大型血管炎 (他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者) <input type="checkbox"/> てんかん (難治性部分てんかんで外科的切除が必要) <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	通常の撮影範囲は頭頂～大腿上部までとなります。 (脳のみ撮影の場合などは別途ご記入ください。)    追加指示
------	--

【臨床経過・既往歴・現病歴(症状)】

確認事項	手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	年	月	部位	年	月
	化学療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	放射線治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	期間	線量	
	検査データ 検査日 ( / )	<input type="checkbox"/> CEA ( ) <input type="checkbox"/> CA19-9 ( ) <input type="checkbox"/> CA125 ( ) <input type="checkbox"/> AFP ( ) <input type="checkbox"/> SCC ( ) <input type="checkbox"/> CRP ( ) <input type="checkbox"/> Pro-GRP ( )						
	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 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	病理検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	付属物					
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dl)				
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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。     DVD-Rのみ

＜主治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。
- バリウム検査後、5日間はPET-CTの検査は避けてください。
- 検査前の点滴や静脈注射の成分からはブドウ糖を必ず除いていただくようお願いします。
- 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にてお送りいただけますようお願いいたします。
- 造影CT検査が必要な場合はご面倒ですが、別途CT検査依頼書をご用意ください。

※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とおしていただくようお伝えください。

# 診療情報提供書 PET-CT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	

《2枚目》 お申込日 年 月 日

フリガナ					性別				
氏名					○ 男 ○ 女				
生年月日	年	月	日	歳	電話 (日中連絡のつくところ)				
身長	cm	体重		kg	ID				
来院日時	年	月	日	( )	○ 午前 ○ 午後	時	分		

- ・検査は**完全予約制**です。(遅刻されますと、日程の変更をお願いする場合があります。)
- ・検査当日は**保険証と依頼書**を必ずお持ちください。
- ・主治医の先生からお預かりのフィルム・CD-R・資料がございましたら、一緒にお持ちください。

## <受診者の方へ>

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。

### ●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**。  
所要時間は約2時間です。受付処理や問診票の記入に約10分、問診確認とお着替えに約20分、薬剤の注射に約10分、撮影までの待機時間約75分、PET-CT撮影に約15分となります。  
※万が一、予約の日時にお越し頂けない場合は、**前日17時まで**に必ずご連絡ください。

### ●絶食時間を必ず守ってください

PET-CT検査では全身の糖代謝をみているため、食事(血糖値)の影響を強く受けます。  
よって必ず以下の注意事項を守ってお越しください。

- ①**来院前4時間以上**の絶食でお越しください。
- ②**糖分を含んだ飲料・ガム・飴は控えてください**。  
※水のみ検査直前までお飲みいただいでかまいません。  
※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ください。

### ●その他

- ①妊娠中の方、または妊娠の可能性がある方は原則として検査できません。
- ②授乳中の方は、ご相談ください。
- ③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をお願いします。**検査当日はペースメーカー手帳を必ずご持参ください**。
- ④検査前日より、力仕事や運動は控えてください(ガムなどを噛む事も遠慮ください)。
- ⑤検査当日は荷物を全てロッカーに入れていただきますので、高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないようお願いいたします。
- ⑥持続血糖測定器を装着されている方は故障・誤計測の原因となりますので検査前に取り外しをお願いします(取り外しに関しては主治医の先生にご相談ください)。



### 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



**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台町1-1  
SHIMADZU PLAZA 1F (西大路御池西南角)  
TEL 075-823-3000 (代表)  
075-823-3336 (予約直通)  
FAX 075-823-3201  
URL <http://www.oike-clinic.jp/>