

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

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	様			男・女			
生年月日	T・S・H 西暦	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
------	---	---	-------	-------	---	---

PET-CT検査	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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位	年	月	部位	年	月
	化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	期間	放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	期間	線量	
	検査データ	<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()						
	検査日(/)							
	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(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。 DVD-Rのみ(フィルム不要)〈通常〉 フィルム+DVD-R

〈御池クリニック記入欄〉

薬品	¹⁸ F-FDG	MBq	CTDI	mGy	DLP	mGy・cm
フィルム	大四×	枚	カラー	枚	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 TEL 075-823-3336

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

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	様	男・女	
生年月日	T・S・H 西暦	年 月 日	歳
身長	cm	体重	kg
			御池クリニックID

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

PET-CT検査	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札所が必要) <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下さい。) 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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位	年 月	部位	年 月	
	化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	期間	放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	期間	線量
	検査データ	<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 ()	検査日 (/)				
	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 (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。 DVD-Rのみ(フィルム不要)〈通常〉 フィルム+DVD-R

＜主治医へのお願い＞

- 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にてお送りいただき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をとめていただくようお願いいたします。

PET-CT(ご依頼先控)

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

《3枚目》

お申込日 年 月 日

フリガナ				性別			
氏名	様			男・女			
生年月日	T・S・H 西暦	年	月	日	歳	電話(日中連絡のつくところ):	
身長	cm	体重	kg		御池クリニック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下さい。**

検査は問診から検査終了まで3時間程かかります。

※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下さい。

①**来院前4時間以上**の絶食でお越しく下さい。

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てもかまいません。

※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または当クリニックPET担当医とご相談ください。(TEL:075-823-3336)

●その他

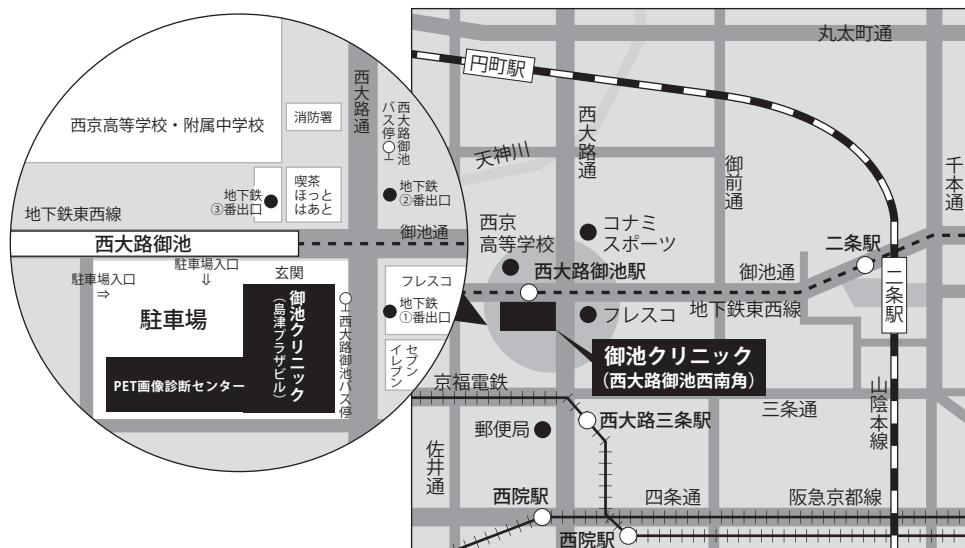
①妊娠中の方、または妊娠の可能性のある方は原則として検査できません。

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お遠慮ください)。

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。



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

御池クリニックのご案内

◆御池クリニックは、画像診断の専門機関です。

御池クリニックは日本初の共同利用型の画像診断センターとして開設し、近畿各府県 800 施設を超える病院・診療所からの紹介患者様の画像検査を実施しています。多種多様な症例に対応するため、経験豊富な医師がそろっています。高精度でハイレベルな検査画像と結果を主治医の先生へご提供しています。

◆ハイスペックな医療機器を完備しています。

画像診断は MRI (4台:3テスラ 2台、1.5テスラ 2台)、320列 CT (1台)、PET-CT (2台)、RI (1台) を導入しており、随時、優れた装置を積極的に導入しています。

検査を受けられる皆様の負担をできるだけ抑えるための機種選定も行っております。MRI では高磁場の3テスラ MRIを2台導入しています。CTでは320列の高性能機種を導入しており、短時間で撮影を可能とし、低被ばくで高画質の画像を提供いたします。

◆各検査の検査時間（撮影時間）は以下のとおりです。

各検査の検査時間(撮影時間)は以下のとおりです。

PET検査：3時間(薬剤注射後の安静時間が約90分・撮影時間が約30分)

※検査終了後は会計や結果のお渡しがあります、検査により異なりますので詳しくはお問い合わせください。



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

T E L 075-823-3000 (代表)
075-823-3336 (予約直通)
F A X 075-823-3482 (PET直通)

U R L <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。