

PET/CT検査申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL：0258-28-3600（代表）

受付時間：平日8：30～16：30（FAXは24時間受信可）

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。

電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元

令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX

担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴	
				男 ・ 女	有 ID番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無		
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語		
住 所	〒			電話番号（日中の連絡先）		
				— —		
保険者番号			公費負担者番号			
記号番号			受給者番号			
被保険者（本人・家族）	負担割合（ 割）		公費有効期限	年 月 日		
検査希望日	希望日 年 月 日（ ） ◎希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。					
	□いつでもよい その他（ ）					
傷病名			身長・体重	cm	kg	
紹介目的 （別紙可）	☐ 病期診断 ☐ 再発診断 ☐ 転移検索 ☐ 良悪鑑別 ☐ その他（ ）					
撮影範囲	☐ 頭部～単径部		糖尿病 （インスリン製剤・ 経口糖尿病薬）	☐ 有 「Ⅲ．患者さんに説明していただきたい点、及び確認事項 ③お薬について」をご確認ください。		
	☐ 頭部～足			☐ 無		
手術歴 放射線治療歴			打撲の既往 （概ね1ヵ月以内）			
血液検査の結果	炎症所見（CRP mg/dl）		空腹時血糖値（ ）			
	腫瘍マーカーなど（ ）					

●以下の条件を確認していただいたうえで申し込みください

保険適用条件 ※すべて該当のみ 保険適用	☐ 悪性リンパ腫を含む悪性腫瘍（早期胃癌を除く）で、診断が確定している（「疑い」は保険適用外のため自費扱い）		適用 区分	☐ 保険 ☐ 自費
	☐ 他検査や画像診断で病期診断、転移・再発診断が確定できない（悪性リンパ腫以外の治療効果判定や単なる経過観察は自費扱い）			
☐ 同一月内にガリウムシンチを実施していないこと（予定を含む）				
☐ DPC対象病院に入院中でない				
患者の状態	●該当する項目がありましたら☑をお願いします。			
	☐ 心臓ペースメーカー ☐ 植込み型除細動器 ☐ 酸素ボンベ ☐ 飲水制限 ☐ 授乳中			
	●下記項目に該当する場合は、検査開始から終了まで付き添いの方が必要となります。			
	付き添いの方の介助のみで移乗ができる場合に限り、検査可能です。（技師/看護師は介助できません）			
	☐ 車いす移動の方			
	☐ 杖歩行の方			
☐ 視覚障害がある				
☐ オムツ・採尿パックの交換／廃液が一人でできない方				
☐ 軽度の閉所恐怖症				
➡ ☐ 付き添いの方の同意あり 付き添いをする方 ()				

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

2024/10

検査日時： 年 月 日() 時 分

氏名： _____ 様 ID 番号： _____

PET/CT 検査同意書

1. 検査目的

この検査は、体内に注射された薬剤から放出される放射線を専用のカメラを使って画像化し、CT 画像と重ね合わせることで、がんや大型血管炎の位置や大きさ、進行の度合いを調べます。

2. 検査の有効性および限界

全身の状態を調べることが出来る検査として有用性は確立されていますが、発見できないがんの種類や大きさがあります。万能な検査ではないことをご了承ください。

3. 検査にともなう注意事項

運動や食事をするにより、薬剤が病気に集まらず、誤診の原因になることがあります。また、血糖値によっては検査を中止にさせていただくことがあります。

「PET/CT 検査を受けられる方へ」を熟読したうえ、厳守してください。

4. 被ばくに関して

検査薬による被ばく量は約 4mSv（ミリシーベルト）で、胃バリウム検査と同等です。これに CT 撮影による被ばくが約 10mSv 加わりますが、健康上問題となる被ばく量ではありません。

5. 薬剤の副作用

臨床試験では、気分不良 0.3%、発熱 0.3%、嘔吐 0.3%、血圧低下 0.3%と報告されています。重篤な副作用は報告されていませんが、万一そのような事態が起こった場合、担当スタッフが迅速かつ適切に対処いたします。

6. 料金

検査料金は保険適用（3割負担）で約3万円、保険適用外（自費）の方で11～13万円です。

_____ 年 月 日 医師 署名： _____

☐ 担当医師より上記の説明を受け、検査に同意します。

また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、処置を受けることを了承します。

☐（インスリンを使用の方）検査当日のインスリン薬の使用についてかかりつけ医に確認します。

_____ 年 月 日

本 人 署 名 _____

または、代理人署名： _____（続柄 _____）

※代理人欄は本人が未成年もしくは署名できない場合にご記入ください。

●検査前日（前診療日）の 12～14 時の間に RI/PET センターから確認の電話をさせていただきます。 確実に連絡が取れる番号のご記入をお願いいたします。

電話番号① _____ — — 電話番号② _____ — —

上記以外の時間帯をご希望の場合は、時間帯を記入してください。（9 時～16 時まで）

_____ 時 ～ _____ 時