

## PET/CT検査の申し込み方法及び結果報告

- ・ 1. 医療機関の担当者様が中央放射線部 検査予約係（03(3964)1211 内線32224）に電話してください。
- ・ 2. 「PET検査依頼書」及び「チェックリスト」をFAXにてお送りいたしますので、必要事項を記載のうえ、検査予約係（FAX:03(3964)1067）あてにFAXしてください。
- ・ 3. 画像診断センター医師がFAXされた書類の内容を確認し、保険適用の可否を判断して、検査日時と併せてFAXで回答いたします。
- ・ 4. 予約日が決定しましたら、「PET検査を受ける方へ」を、患者さまにお渡し願います。
  - 自費による検査を希望される患者さまには、「同意書」を作成していただき、折り返しFAXをお願いします。
  - なお、検査当日に「同意書」の原本をお持ちください。
- ・ 5. 検査結果につきましては、ご紹介いただいた医療機関の主治医様からご説明いたします。
- ・ 6. 連絡なしに検査をキャンセルされた場合には、薬剤費を請求することになりますのでご注意ください。
- ・ 7. 下記に該当する患者さんは、安全性の確保等の理由により、検査をご遠慮いただいておりますのでご注意ください。
  - 重篤な糖尿病の方
  - 呼吸管理の必要な方
  - 長時間静止してられない方
  - 認知症・意思の疎通が不可能な方
  - セデーションの必要な方
  - 全身状態の悪い方
- ・ ※ 検査結果（画像）のご報告はCD-ROMまたはDVDでの提供となります。



# PET/CT検査依頼票

依頼日 年 月 日

**FAX (03) 3964-1067(直通)**

患者氏名		男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	
連絡先(本人)		

当院の診察券番号

検査希望日  
(第一候補日)

平成 年 月 日( 曜日)

検査希望日  
(第二候補日)

平成 年 月 日( 曜日)

診療区分

保険適応

自由診療

## ■臨床経過 (既往歴)

医師署名

ご依頼施設名:

電話

FAX

ご担当者

■注意事項: 保険適応の場合は、チェックリスト、自由診療の場合は同意書を添付してください。



帝京大学医学部附属病院 中央放射線部

# PET/CT検査のための問診・保険適用要件チェックリスト

保険診療を依頼される場合は、必ず下記の適用要件チェックをお願いします。

\*適用要件を満たさない場合は保険適用とはなりませんので注意してください。

● 悪性腫瘍における保険適応の場合		
<input type="checkbox"/>	早期胃癌を除く 悪性腫瘍	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する
● 脳と心臓における保険適応は以下2種類の疾患		
<input type="checkbox"/>	てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	虚血性心疾患による心不全患者で心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する (ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判別困難な場合に限定する)

同月に行われた検査

CT検査

帝京病院でのCT検査

ガリウムシンチ

## 問診票

質問事項	回答記入欄	
	可能	不可能
1.検査終了まで約3時間、1人で個室にいることが可能ですか。(原則付き添いは不可)	可能	不可能
2.呼吸管理が必要ですか。	必要ない	必要
3.長時間静止していることが可能ですか。 (痛みなどで動いてしまうと検査ができません)	可能	不可能
4.意思の疎通が可能ですか。	可能	不可能
5.妊娠中、または妊娠の可能性が あります。または授乳中ですか。	いいえ	はい
6.植込み型心臓ペースメーカーを装着していますか。	していない	している
7.植込み型除細動器(ICD)を装着していますか。	していない	している
8.糖尿病の方。	いいえ	はい
9.インシュリン投与をされている方	いいえ	はい

※受診される方の都合や、体調不良によって検査が中止となった場合、薬剤費をご負担いただきます。ご了承の上、下記にお名前のご記入、捺印をお願いいたします。

被検者の都合や、体調不良によって検査が中止となった場合、薬剤費を負担することを了承いたします。

お名前(被検者) \_\_\_\_\_ (印)

記入日:平成 年 月 日



帝京大学医学部附属病院 中央放射線部

