

## 《 PET検査受診申込み用紙(保険・自費診療) 》

※ 必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。

※ 本用紙は申し込み用紙ですので、紹介状は別途、患者様に持参して頂くか郵送をお願いします。

ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日	T・S・H	年	月	日
				身長・体重	身長	cm	体重	kg
郵便番号	〒 -							
住所								
電話番号	自宅			本人携帯				
	他連絡先 (家族携帯など)							
紹介元 医療機関	医療機関名							
	主治医		科			先生		
検査予約日	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 _____時_____分							
	※予約時間の6時間前からの絶食となります。来院時間は予約時間の20分前です。							

**特記事項**

- ① 当院での結果説明の可否 ( 可 ・ 否 )
- ② 糖尿病 ( 無 ・ 有 → 内服 ・ インスリン ・ 治療なし )  
**ビグアナイド系糖尿病薬は腸管への集積が増加し、読影の際に妨げになることがあります。**  
**可能な限りで検査2日前から検査終了まで中止してください。**
- ③ 病状告知 ( 未告知 ・ 告知済 )
- ④ 現在の状況 ( 外来 ・ 入院 )
- ⑤ 移動方法 ( 歩行 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ) ADL 介助 ( 要 ・ 不要 )

\*FDG は放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。  
 医療従事者は法律上、放射線被曝の制限があるため、**注射後は患者様の介助につくことができません。**  
 検査中に介助が必要な方(寝たきりの方、車いすなど移動に介助が必要な方、トイレやおむつ交換など)は原則としてご家族様で介助をしていただきます。何卒ご理解いただけますようお願いいたします。

保険適応疾患 ※悪性腫瘍の場合は、病名をお書き下さい。「疑い」は保険適応外となります。  
 ※当院では「血管炎」は保険適応外となっております。

I. 悪性腫瘍 (早期胃がんを除く)	II. 心疾患	III. 脳疾患
病名:	虚血性心疾患 サルコイドーシス	てんかん

保険適応外の場合の病名	
-------------	--