

PET/CT 検査予約申し込み書 兼 診療情報提供書		年	月	日		
予約日時	年		月	日 () 午前・午後	時	分
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名				印	
	() 科					
患者情報	(フリガナ)		電話番号			
	氏名		男・女		()	
	生年月日	年 月 日		歳	身長	cm/体重 kg
	① 歩行		<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・ストレッチャーなど)		
② 仰臥位で 30 分		<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			
③ 感染症		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
④ ルート		<input type="checkbox"/> ルート確保あり	<input type="checkbox"/> ルートなし			
⑤ 検査後ルート		<input type="checkbox"/> 抜去	<input type="checkbox"/> 残す			
⑥ 医師付き添い		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 投与時から	<input type="checkbox"/> なし		
			<input type="checkbox"/> 撮影時のみ			
⑦ 麻酔		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 検査時使用			
⑧ 発作の頻度		<input type="checkbox"/> 現在症状なし	<input type="checkbox"/> 症状あり ()			
⑨ 発作のコントロール		<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良 ()			
⑩ 発作時の対応		<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医師			
注意事項	検査前 5 時間は絶食です。糖分の入った飲料・輸液もやめて下さい。 糖分のついていない水やお茶は飲んでも構いません。 体調不良の際に内服する薬がある場合は、ご持参ください。					
検査選択	<input type="checkbox"/> てんかん PET (頭部のみを 20 分間撮影) <input type="checkbox"/> てんかん PET+腫瘍検索性 PET (頭部 20 分間撮影後に、頭頸部～骨盤を追加撮影) <input type="checkbox"/> 腫瘍検索性 PET のみ (頭部頸部～骨盤。てんかん用撮影なし) 保険適応：悪性腫瘍 ※悪性腫瘍の場合は確定病名をご記入ください。 『疑い』病変では検査を承れません。					
検査目的 既往歴 詳細						
解析方法 (16 歳以上適応)	<input type="checkbox"/> GE 社製解析ソフト CortexID のみ					
	<input type="checkbox"/> GE 社製解析ソフト CortexID + メジフィジックス社製 I ssp					
	※小児 (15 歳以下) の撮影について標準画像がないため解析はできません。					
1. 本票を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」を FAX いたしますので、内容をご確認ください。 2. 本票は担当の先生ご自身による署名・捺印のうえ、紹介状として患者様にお渡しいただき、検査当日に当センターまでご持参ください。 3. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。						

静岡県立総合病院 PET イメージングセンター

FAX 054(248)7755

2024.05.15 改訂