

大型血管炎 PET/CT 検査申込書		年	月	日
希望日	FAX でお申込みの際にご記入ください。			
予約日	事前の電話連絡で予約日が決定している場合は日時をご記入ください 年 月 日 () 午前 時 分			
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名 () 科			印
患者情報	(フリガナ) 氏名		男 ・ 女	電話番号 ()
	生年 月日	年 月 日	歳	身長 cm/体重 kg
注意事項	車椅子など介助を必要とされる方は検査中(約2時間半)の付き添いが必須です。 CT 装置内で仰臥位または側臥位で静止した状態を約 20 分間保持できない方は検査不可能。 センターでは内服薬を処方できません。鎮静剤等を投与する検査は承っておりません。			
大型 血管炎 FDG-PET 重要 確認事項 1, 2 から ご選択 ください	<input type="checkbox"/> 1	【保険適応】 大型血管炎と臨床診断されており、 他の検査では病変の局在または活動性の判断が付かない。		
	<input type="checkbox"/> 2	【自費 PET 検査】上記の条件に該当しない場合は自費でのご案内となります。 1 をご選択いただいても当方で保険適応外と判断させていただいた場合は自費検査となります。 トラブルを防ぐため正しくご申告ください。 ※腫瘍 PET ・ 心サル PET は申込書が別です。 自費 PET 検査費用；約 11 万円		
◆ 不明熱の鑑別診断目的は保険適応外です。				
◆ 大型血管炎『疑い』は、保険適応外です。ご依頼前に臨床/確定診断してください。				
【必須】この検査申込書とは別に 紹介状を作成の上、患者様にお渡しください。 血糖値は 200mg/dl 以下にコントロールしてください。 検査前 5 時間はインスリン投与禁止です。				
結果画像 お選びください	必要な検査画像を CD (DVD) にて郵送いたします。※チェックがない場合は通常版とします。 <input type="checkbox"/> 通常版 (1400 枚 : 600MB) <input type="checkbox"/> 簡略版 (400 枚 : 310MB)			

静岡県立総合病 PET イメージングセンター

FAX 054 (248) 7755

1. **本票（検査申込書）**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。
2. 検査予約確認書に『保険診療』で承ることが可能か『自費検査』となるか記載しております。ご確認ください。
3. 至急検査が必要な場合は、予約電話の際にお伝えください。できる限りご要望にお応えできるよう尽力致します。尚、ご希望日の状況次第で、検査枠の調整に時間を要することもございます。何とぞご容赦ください。
4. 誠に恐縮いたしますが、本票（検査申込書）とは別に貴院の様式で紹介状を作成していただきますようお願い申し上げます。
5. 検査当日、患者様が紹介状を持参されず、依頼内容の詳細が不明の場合は、PET 検査ができません。
6. 事前に紹介状を FAX していただける場合は、下記宛てに送信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】

7. 検査当日、患者様が紹介状をご持参されなかった場合は、貴院へご連絡申し上げます。貴院から FAX が届くまでの間お待ちいただき、検査開始時間を変更するなど柔軟に対応させていただきますが、時間経過とともに放射性物質は減衰（薬剤の放射線量が低下）します。【18F（FDG）の半減期は約 110 分】 放射性物質が規定の投与量以下に減衰した場合は、当日中に検査を実施できません。何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。尚、事前に紹介状を FAX で送信（または郵送）していただいている場合は、FAX 内容に従い検査を実施させていただきます。
8. 可能であれば、貴院の画像等をご提供ください。読影時に参照させていただきます。（貴院の画像に読影レポートをつけることはできません。何卒ご容赦ください。）
9. 検査説明書・同意書に沿って患者様・ご家族様にご説明ください。

2025 年 8 月 静岡県立総合病院 PET イメージングセンター

PET 検査のご予約には以下が必要です。

【予約時】検査申込書(この用紙の 1 枚目)の該当項目を選択の上、FAX で送信してください。

【検査当日】貴院の様式の紹介状(検査依頼/情報提供)を患者様にご持参ください。