メチオニン PET/CT 検査（自費診療）

予約申込書 兼 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） 氏　名　　男 ・ 女 電話番号　（　　） 生年月日　年　　月　　日　　歳　身長　　cm/体重　　kg ① 歩行　□可　□不可（車椅子・ストレッチャーなど） ② 仰臥位で 30 分　□可　□不可 ③ 告知　□あり　□なし ④ 感染症　□なし　□あり ⑤ 医師付き添い　□あり { □投与時から □撮影時のみ　□なし
注意事項	**検査前５時間は絶食**です。アミノ酸の入った飲料/輸液もやめて下さい。 アミノ酸の入っていない水やお茶は飲んでも構いません。
確認事項 重要	**メチオニン-PET 検査（脳腫瘍）は自費診療です** **※ 同日に保険診療は行わないでください。混合診療にご注意ください。** **※ 検査費用　¥55,000（税別）**
病名 検査目的 既往歴 詳細	病名・検査目的等をご記入ください 次回診察日　　月　　日

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。
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 PET イメージングセンター　　FAX 054(248)7755

2022.06.10 作成