

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 () 科 印				
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 ☐ 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