地域医療連携室

**① PET/CT検査 依頼票**

チェックマーク**下記項目にチェック□記入をお願いします。予約希望日をご記入いただきＦＡＸでご連絡ください。**

**FAX番号　　029　–　846　–　3683**

保険適応に関する項目

**３ヶ月以内にCT・MRIなど何らかの画像診断を行っており、病名が確定している**

（“～疑い”では保険適応になりません。病理診断による確定診断が得られなかった場合は、臨床上

高い蓋然性をもって悪性と診断される必要があります。）

**検査目的が「治療効果判定」、「スクリーニング」、「経過観察」等の検査依頼**

**ではない**

（再発を疑う所見が必要となります。「腫瘍ﾏｰｶ高値のみ」や「不明熱」などでは保険適応になりません。）

（悪性リンパ腫のみ治療効果判定のために保険適応となります。）

検査に関する項目・その他

**検査5時間前から絶食できる**

（検査前の5時間は絶食で、留置された点滴ルート等からの糖分摂取も中止です。）

**糖尿病の内服薬・注射の中止ができる**

（当日は、糖尿病薬は中止していただきます。）

**検査前日から検査を受けるまで、運動や力仕事を控えることができる**

（筋肉をたくさん使うと、薬が筋肉へ集積して正確な診断ができません。）

**閉所恐怖症等ではなく、撮影中じっとしていることができる**

（撮影は、装置内で約30分仰向けの状態でおこないます。）

**ご自身で、移動・排尿・オムツ交換等ができる**

（スタッフの付き添いはできません。家族の介助があれば検査可能です。）

**妊娠していない**

（授乳中の方が検査を受けた場合は、検査後授乳中止となり翌日に授乳再開できます。）

**告知の有無をお知らせ下さい**

**［　　告知済　　・　　未告知　　・　　病名未確定　　］**

**予約希望日①　　年　　月　　日(　　曜日)**

**予約希望日②　　年　　月　　日(　　曜日)**

予約完了後、予約票をFAX送信いたします。希望日に空きがない場合は、電話にて連絡を差し上げます。

　土浦協同病院　地域医療連携室　TEL: 029-846-3682　FAX: 029-846-3683