

① PET/CT 検査 依頼票

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 0120 - 056 - 101

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。「腫瘍マーカー高値のみ」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」を検査目的とした場合でも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
(検査前の絶食中は、糖尿病薬は中止していただきます。)
- PET 検査前の 1 週間以内に胃バリウムや注腸造影を行っていない。
(バリウムが腸管内に残っている場合、評価が困難になります。)
- 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。希望日に空かない場合は、電話にて連絡を差し上げます。