

診療情報提供書 (PET 検査依頼書)

平成 年 月 日

姫路中央病院附属クリニック 担当医殿

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|-----|--------------------------|--|----------|----|
| 医療機関名 | 病院・医院 | | | 科 (<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院中) | | |
| お電話番号 | () | | ご担当医師名 | | | 先生 |
| 予約日時 | 平成 年 月 日 (曜日) | | 午前・午後 | | 時 分 | |
| ふりがな | | 体 重 | 生 年 月 日 | | 性 別 | |
| 患者様氏名 | | kg | 明・大 年 月 日 | 昭・平 | 男・女 | |
| 患者様ご住所 | 〒 | | 電話 (日中ご連絡出来る所・携帯) | | | |
| 臨床診断 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (保険診療：早期胃癌を除く悪性腫瘍) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他 (自費) | | | | | |
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 (自費) | | | | | |
| 施行検査 | <input type="checkbox"/> PET 検査のみ <input type="checkbox"/> PET 及び単純 CT 検査 <input type="checkbox"/> PET 及び造影 CT 検査 | | | | | |
| 症状及び経過・検査結果 (PET 検査に必要と思われるもの) | | | | | | |
| 既往歴 (手術歴は詳細にお願いします) ・ 家族歴 | | | | | | |

検査に必要な確認事項

| | | | | | | | | |
|----------|----------------------------|---|-----------------------------|------|-----------------------------|---|------------------------------|------------------------------------|
| 告知の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | ・ | <input type="checkbox"/> 有 | 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 | ・ | <input type="checkbox"/> 有 | 感染症の種類 () |
| 妊 娠 | <input type="checkbox"/> 無 | ・ | <input type="checkbox"/> 有 | 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 無 | ・ | <input type="checkbox"/> 有 | 空腹時血糖 (mg/dl) |
| 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 | ・ | <input type="checkbox"/> 有 | 腎機能 | <input type="checkbox"/> 正常 | ・ | <input type="checkbox"/> 異常 | |
| 30 分静止 | <input type="checkbox"/> 可 | ・ | <input type="checkbox"/> 不可 | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 | ・ | <input type="checkbox"/> 車いす | ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| その他留意点 | | | | | | | | |

姫路中央病院附属クリニック PET 画像センター
 TEL 079-235-3600 FAX 079-235-6009
 E-mail : pet@hc-hosp.or.jp URL : http://www.hc-hosp.or.jp

PET検査予約票

患者様にお渡しください。

検査当日は予約時刻までに**附属クリニック3Fの総合受付**にお越しください。

| | | | | | | | |
|------|----|---|---|--------|------------|-------|-----|
| 予約日時 | 平成 | 年 | 月 | 日(曜日) | 午前・午後 | 時 | 分 |
| ふりがな | | | | | 生年月日 | | 性別 |
| 患者氏名 | | | | | 明・大 昭・平 | 年 月 日 | 男・女 |

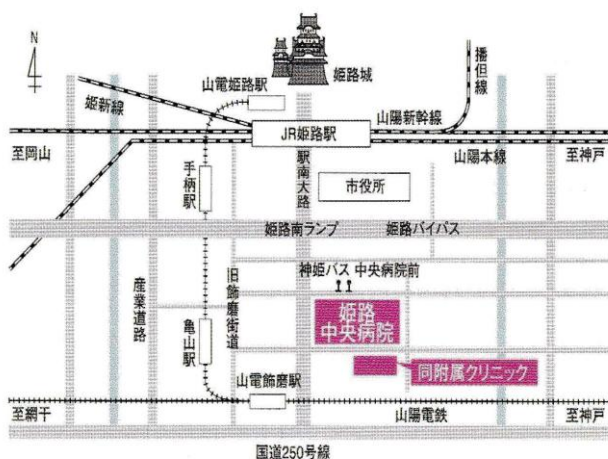
より良い検査結果を得るために、下記の注意事項をご理解いただき、ご協力ください。

☆検査についての注意事項(必ず検査前日にもう一度ご確認ください)

1. 午前の検査の場合は、前日夜12時以降は**絶食**でご来院ください。
午後の検査の場合は、検査当日の朝食を7時までに軽くすませたのち**絶食**でご来院ください。
・(糖分を含まない)水やお茶は飲んでもかまいませんが、糖分を含む飲み物や飴などは摂らないでください。
2. 運動(長時間の歩行を含む)はしないでください。
PET薬剤が筋肉に集まり、検査の妨げになることがあります。前日は疲労の残るような運動を避け、当日の来院にはお車又は交通機関をご利用ください。
3. 検査当日の服薬に関しては主治医の指示に従ってください。
・服薬中のお薬は特に主治医の指示がないかぎり、通常通りお飲みください。
・糖尿病で治療中の方は、検査当日のお薬の使用について必ず主治医にご相談ください。
・検査当日は糖の入った注射・点滴を止めていただくようお願いしています。
4. 妊娠中あるいはその可能性のある場合は検査できません。(授乳中の方はご相談ください)
5. 検査時間は約2~3時間ですが、撮影はおよそ30分です。(内容によって所要時間は異なります)
6. 検査は予約制です。多少の前後はありますが、時間に余裕を持ってご来院ください。

【検査当日にお持ちいただくもの】

- ◎主治医から預かった書類(フィルムを含む) ◎PET検査予約票(本紙)
- ◎健康保険証、お持ちの方は福祉医療証明書・老人医療受給者証などもご持参ください。
- ◎認印 ☆女性の方へ:検査時に下着をはずしていただくことがありますので、念のためインナー(Tシャツなど)を1枚ご用意ください。



交通アクセス:

- JR姫路駅南口より神姫バス
姫路中央病院前下車
- 姫路バイパス姫路南インター
南へ1分

予約変更・キャンセルの場合は、

必ずご連絡ください。

姫路中央病院附属クリニックPET画像センター

TEL079-235-3600 FAX079-235-6009

PET 検査予約手順

電話で予約 079-235-3600

月曜日～土曜日 8:30～17:00（祝祭日・年末年始を除く）

FAXにて診療情報提供書を送信 079-235-6009

FAXの返信をもって予約完了とさせていただきます。検査日の数日前までにご返信ください。

PET 検査の準備

- 患者様へのご説明
 - ・ PET 検査予約票の注意事項をご説明ください。
絶食の指示（糖分を含む点滴の中止も）と前日に疲労の残る運動の禁止などにはご注意ください。
 - ・ 内服中または与薬中の場合は薬の指示をお願いします。
- 患者様へお渡しください。
 - ・ 診療情報提供書を封筒に入れて患者様にお渡しください。
CT、MRI などの参照画像の借出しをお願いします。
（検査終了時に患者様へお返しいたします。）
お忘れの場合、結果報告が遅れることもありますのでご注意ください。

◆PET 検査結果

後日、紹介元医療機関に返送いたします。

当院から患者様ご本人への結果説明は差し控えております。

姫路中央病院附属クリニック PET 画像センター
〒672-8043

兵庫県姫路市飾磨区上野田1丁目16番1号

TEL 079-235-3600 FAX 079-235-6009

Email : pet@hc-hosp.or.jp

URL : <http://www.hc-hosp.or.jp>