

## PET-CT検査予約票/検査時注意書

予約日時	年	月	日 ( )	時	分
------	---	---	-------	---	---

※上記の時刻は撮影開始時刻ではなく、受付開始時刻です。記載時刻の10分程度前を目安にご来院ください。

フリガナ				ID		
氏名	性別	生年月日	年	月	日	
患者様連絡先	携帯電話	TEL				

## 【検査当日に必要なもの】

- 紹介元診察券（ある場合のみ）
- マイナ保険証（または健康保険証）
- 検査予約票
- 撮影フィルムまたはCD-R（ご依頼医療機関からお渡しのあった場合のみ）
- 自己負担金：検査内容や保険の種類により変わりますが、3割負担の場合で約3～4万円です。
  - ・各種クレジットカードでのお支払いが可能です。
  - ・保険適用外（自費）でご受診される場合、ご不明な点があれば当院へお問い合わせください。
- 靴下、金属の付いていない肌着など  
（機器管理の都合上、室内の温度を下げています。タオルケット類は十分に準備しています）

## 【受付時間について】

- ・完全予約制です。時間に遅れないよう、受付カウンターにお越しください。
- ・諸事情により遅れる場合は、ただちに当院へお電話ください。

## 【ご来院までの絶食について】

- ・上記**受付予定時間の4時間以上前から絶食**してください。  
またジュース、飴、ガム(シュガーレスタイプ含む)も画像に支障を来す場合がありますのでおやめください。  
ただし、糖質を含まない 水・お茶について制限はまったくありません。  
飲水制限のある方以外は十分にお摂りください。

## 【お薬について】

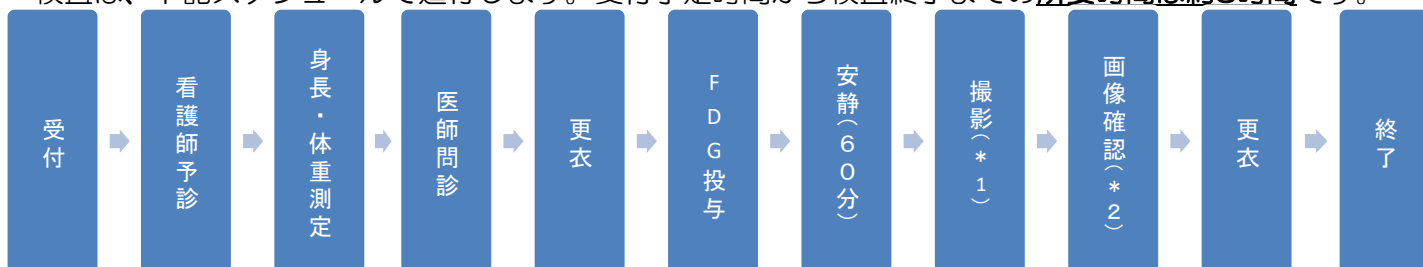
- ・**糖尿病内服薬、インスリン注射**は、主治医の指示にお従いください。  
ただし**糖尿病薬は受付時間の4時間前まで**には必ずお済ませください。
- ・**糖尿病以外のお薬については、通常通り**の服用で構いません。鎮痛剤・解熱剤の使用も構いません。
- ・安定剤の使用も検査には差し支えありませんが、ご自身で車を運転されてのご来院はおやめください。

## 【検査内容について】

PETとは、「陽電子放出断層撮像法」と呼ばれる検査です。  
細胞分裂の活発な細胞は、正常細胞よりも多くのブドウ糖を消費するため、ブドウ糖によく似たFDGと呼ばれる放射性薬剤を静脈注射にて投与し、糖代謝の盛んな部位を画像にします。  
さらにCT画像と重ね合わせることで、より精度の高い診断を行います。

## 【検査の流れ】

検査は、下記スケジュールで進行します。受付予定時間から検査終了までの**所要時間は約3時間**です。



- \*1 撮影は、基本的に30分間の仰向けで、両手を拳上して行います。ご不安な方はお申し出ください。
- \*2 画像確認後、医師の判断で撮影を追加することがあります。

裏面に続く

【検査時の被ばくについて】

- この検査では、放射性薬剤およびCT撮影による一時的な被ばくがありますが、**急性放射線障害などの健康被害が起きる可能性はありませんので、ご安心して検査をお受けください。**

【検査結果】

- 検査後の画像、結果については、すみやかにご依頼された医療機関にお渡しします。
- **当院での結果説明は出来ませんので、あらかじめご了承ください。**

【その他の注意点】

- 妊娠中、妊娠の可能性のある方の検査はできません。
- 検査予定日から1週間以内の胃や腸のバリウム検査は、画像に支障を来す事があります。該当される方は、必ず事前に主治医へお申し出ください。
- 検査前日・当日の激しい運動は画像に支障を来すことがありますので、お控えください。
- 当院では患者様が絶食検査の都合上、お食事の持ち込みはお断りしています。お付き添いの方など、必要な場合には近隣の飲食店をご利用ください。閉所恐怖症等、**検査時のご不安がある場合は事前に主治医へお申し出ください。**
- **検査予定日時変更の必要が生じた場合、ただちに当院へお申し出ください。**

【同日にMRI検査を受けられる際の注意点】

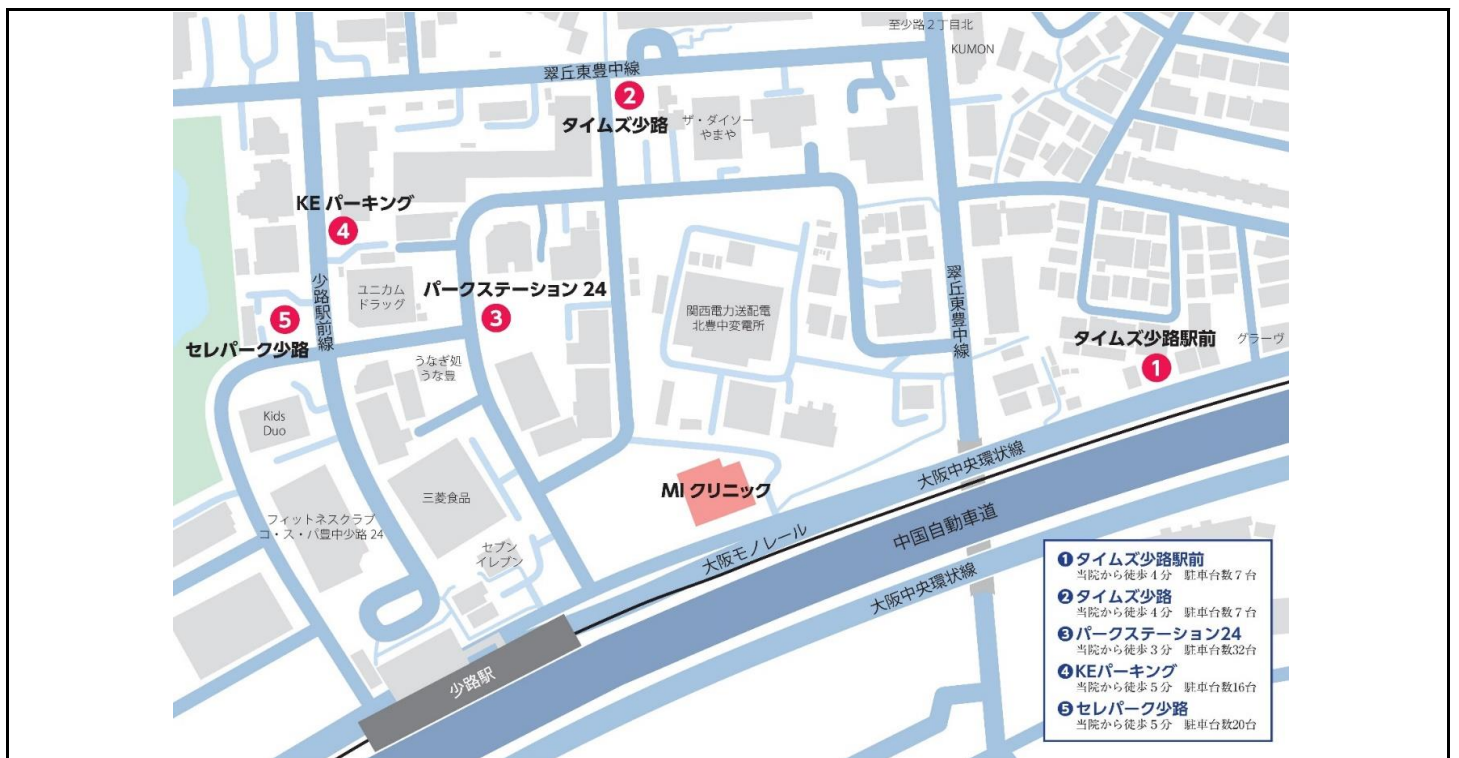
- 以下の事項に該当する場合、検査ができません。事前に必ずご確認ください、必要であれば検査依頼医または当院にお申し出ください。
- 心臓ペースメーカー、ICD、ICM、ILR ●2000年以前に手術したチタン製以外の脳動脈クリップ
- 人工内耳、人工中耳 ●眼に金属片が入っている（金属を扱われる職業の方に、稀にみられます）
- 体内埋込式インスリンポンプ ●脊髄刺激装置 ●脊椎管内リード線 ●ティッシュエキスパンダー
- 6週間以内の体内金属留置手術後 ●妊娠初期（3ヶ月内）または妊娠の可能性あり
- 増毛・白髪隠しスプレー/パウダー ●華美な化粧（ラメ入り化粧品、つけまつ毛やマスカラなど）

【MIクリニックまでの交通について】

駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用ください。

\*2023年6月1日より隣接駐車場を閉鎖し、乗降専用場所といたします。

- 電車でお越しの方  
大阪モノレール少路駅下車 千里中央方面に徒歩2分
- 車でお越しの方  
中央環状線（大阪府道2号線）東行（千里中央・守口方面）車線に面していますが、本線からの左折入場は出来ませんので少路駅に通じる側道からご進入ください。  
\*当院隣接のスペースは乗降専用場所となっていますので、  
駐車場は近隣のコインパーキング（有料）をご利用ください。



医療法人 仁泉会 MI (エムアイ) クリニック

〒560-0004 大阪府豊中市少路 1-12-13

Tel 06-6840-0100 FAX 06-6840-0808

フリーダイヤル 0120-505-576

お電話によるご質問・お問い合わせ時間 9:00~17:00 (月~土、ただし祝祭日および年末年始を除く)

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808

PET-CT検査依頼書/診療情報提供書

Web予約仮受付番号	—				
予約日時	年	月	日 ( )	時	分

※上記の時刻は撮影開始時刻ではなく、受付開始時刻です。記載時刻の10分程度前を目安にご来院ください。

フリガナ	ID				
氏名	性別	生年月日	年	月	日
患者様連絡先	携帯電話	TEL			
紹介医療機関名	電話番号	FAX			
診療科・担当医	科	先生			

*悪性腫瘍診断名 (疑い病名は保険適用外)									
*病理診断 (保険診療の場合は必ずご記入ください)	<input type="checkbox"/> 未	臨床症状・画像診断等により高い蓋然性を持って診断							
	<input type="checkbox"/> 有	組織型:							
受診者 病識	<input type="radio"/> 全告知	<input type="radio"/> 未告知	<input type="radio"/> 他:						
*施行した検査	<input type="checkbox"/> CT	月	日	<input type="checkbox"/> MRI	月	日	<input type="checkbox"/> 他:		
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	月	日	項目名①	数値	項目名②	数値	項目名③	数値
検査目的	※てんかん、心疾患、大型血管炎の検査依頼の場合は、別紙保険適用条件をご参照の上、現病歴を記載してください								
<input type="checkbox"/> 病期診断	今後の治療予定をご記載ください。				<input type="checkbox"/> 再病期診断	二段階治療など、今後の治療方針決定の為現在の病期の再評価が必要な場合に適用。治療経過と今後の治療予定をご記載ください。			
<input type="checkbox"/> 再発転移診断	再発転移を疑う具体的根拠を明記してください。				<input type="checkbox"/> 自費	悪性との鑑別診断、スクリーニング、経過観察等			
<input type="checkbox"/> 治療効果判定	悪性リンパ腫のみ、治療経過を記載ください。								

検査目的・現病歴・検査結果など	生活保護に該当の場合はチェックをお願いします。
	<input type="checkbox"/> 生

脳転移検査目的 同日頭部MRI検査	<input type="radio"/> 不要	<input type="radio"/> 単純	<input type="radio"/> 造影MRI: 血清クレアチニン値	mg/dl	月	日	*3ヶ月内
*Cr値により算出するeGFR値が30未満(腎機能高度低下)の場合、造影検査はできません。ご予約時等お電話でご確認いただけます。							
造影検査除外事項	<input type="checkbox"/> 該当なし(下記項目に該当する場合は、造影検査はできません。ご確認ください)						
	・MRI造影剤による副作用歴 ・1年以内の喘息発作/治療(服薬) ・1年以内のてんかん・けいれん発作						

所属	<input type="radio"/> 外来	<input type="radio"/> 入院中:	身長・体重	cm	kg
移動	<input type="radio"/> 独歩	<input type="radio"/> 車椅子	<input type="radio"/> ストレッチャー	酸素	<input type="checkbox"/> 要
その他特記事項					

※認知症・閉所恐怖症の方は中止になる可能性をご了承の程お願い致します。

次回外来受診日	月	日	時	ごろ
検査結果配達希望日	月	日	時	までに
	<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望			

※依頼用紙をご記入後、施行日の前日15時までに上記FAX番号へご送信ください。