

FDG PET 検査依頼申込書

<FAX 送信用>

社会医療法人孝仁会
札幌孝仁会記念病院
医療連携相談室 FAX:011-665-0123

<ご紹介元医療機関様>

所在地 _____
医療機関名 _____
診療科 _____
主治医 _____
TEL : _____ FAX : _____

申込年月日	年	月	日
検査希望日	年	月	日
結果到着希望日	年	月	日

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	明・大 年 月 日生 昭・平 (才)
住所	〒 _____ TEL () —			
保険者番号	記号番号	被保険者との続柄 (本人・家族)		
公費負担番号	受給者番号	入院外来区分	入院 ・ 外来	
公費負担番号	受給者番号			

保険適用要件をご確認の上、印にチェックをご記入願います。注意事項につきましては別紙ご確認ください。

病 名	保険適用要件
<input type="checkbox"/> 早期胃癌を除く悪性腫瘍 貴院のレセプト上の診断名をお書きください 診断名 [_____] 悪性腫瘍の診断 <input type="checkbox"/> 病理診断 <input type="checkbox"/> 臨床診断 画像診断または他の検査を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 検査名 [_____] 乳房 PET を追加しますか (乳癌に限る、別途費用がかかります) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない ※病理学的に確定診断のついた悪性腫瘍。ただし病理診断を施行したが確定診断が得られなかった場合または医学的な理由 (生検リスクが高い等) により病理診断が困難であった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合は保険適用となります。
<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者

症状経過・検査結果・治療経過・既往歴などをご記入ください

身長	() cm	体重	() kg	感染症	有 ()・無・不明
妊娠	有・無	ペーサー	有・無	糖尿病注)	有 (空腹時血糖 _____ mg/dl)・無
化学療法最終日	化学療法有の場合 年 月 日	移動方法	歩行・杖 車イス・ストレッチャー	告知の有無	有・無 ()

診療情報提供書および画像データ CD、病理診断・血液検査 (腫瘍マーカー) 等をご持参ください。

注) 申込み方法の注意事項 3 をご確認ください。

FDG PET 検査申込み方法

1. 保険適用に該当されることを必ずご確認ください。
2. 「FDG PET 検査依頼申込書」に必要事項をご記入の上、下記まで FAX にて申込み下さい。
3. 予約日が決まり次第、「予約票 / FDG PET 検査 検査前の注意事項」を FAX 致します。
4. 「FDG PET 検査 検査前の注意事項」を患者様にご説明お願い致します。また絶食時間については、十分なお説明をお願い致します。
5. 「予約票 / FDG PET 検査 検査前の注意事項」および貴院の「診療情報提供書」「検査結果（画像 CD 等）」を患者様へお渡しの上、当日「健康保険証」等と併せてお持ちいただくようご説明お願い致します。
6. 読影所見および画像（CD-R）は翌診療日に発送致しますので、貴院より患者様に結果のご説明をお願い致します。（結果を急ぐ場合は FAX にて対応致しますので、ご連絡ください。）

<注意事項>

1. 飲食について

絶食時間を厳守していただくようお願いいたします。検査当日は血糖降下剤やインシュリンは使用しないでください。他の服薬かまいません。持続点滴や当日の点滴は糖分の入っているものは来院 5 時間前から中止して下さい。糖分を含まない水・お茶・点滴は制限ありません。心サルコイドーシスの場合は別紙を参照し食事制限を守ってください。

2. 運動について

前日から筋肉疲労の残るような運動・リハビリなどは行わないようにして下さい。（ガムや飴などの口腔運動も含む、禁煙中の方もガム等はお控えください。）

3. 糖尿病

検査中の血糖値が 150mg/dl 以下になるようにコントロールして下さい。

また絶食時間中はインシュリンを使用しないでください。

4. 車いす移送の方について

検査中の付き添いをお願い致します。

5. 排泄について

導尿の方はご相談ください。

6. キャンセルについて

PET 検査薬剤は寿命が短く作り置きできません。PET 検査をキャンセルされる場合は前日 15 時までにご連絡お願い致します。

社会医療法人孝仁会 札幌孝仁会記念病院 医療連携相談室

受付時間：月曜日～金曜日 9時～17時

受付時間以外の申込につきましては、翌日もしくは休み明けの対応となります

TEL (011) 665-0020 FAX (011) 665-0123