

PET 検査予約について

【医療機関の先生方へ】

- 1) 1枚目「検査予約申込書(貴院控)」に必要事項をご記入のうえ、地域医療連携室までFAXでお送り下さい(FAX:0166-69-3044)。
- 2) 地域医療連携室では希望(予約)日時を診療科に照会・確認後、「予約連絡票」にて予約日時をFAXで連絡します。
- 3) 「PET検査説明(1)(2)」を患者さんにご説明いただき、ご記入をお願い致します。
- 4) 2枚目は本院への「診療情報提供書」となっております。患者さんへお渡し下さい。検査当日は、「予約連絡票」、「PET検査説明・問診票・同意書」、および貴院の「検査結果(フィルム等)」、「健康保険証」等と併せてご持参いただくようご説明お願い致します。
- 5) 所見を記した「検査結果報告書」及び画像は、後日郵送致します。

※ 原則として、読影を含めた診療予約となります。

※ PET検査の場合、検査希望日の2日前までに予約をお願いします。

※ PET検査の場合、**絶食が必要**です。検査予約時間の6時間前より、水以外を摂らないようお伝えください。詳細につきましては、説明書をご覧ください。

※ 糖尿病のお薬は飲まないで来院してください。**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ください。**糖分を含まない水・お茶などや糖分の含まない点滴は制限ありません。

※ 小児で検査希望の場合は、先ず本院小児科を受診していただきます(「予約申込書」により、診療の予約をお願いします)。

※ 検査料金は、3割負担で約3万円、1割負担で約1万円となります。

※ **検査中の血糖値が150mg/dl 以下になるようコントロールしてください。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。**

※ 通常の撮影は頭部から骨盤までです。特に撮影部位の指示(下肢等)がありましたら、依頼書に明記お願い致します。

【連絡・問合せ】

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院 地域医療連携室

TEL: 0166-69-3055(8:30~17:00)

FAX: 0166-69-3044(9:00~16:00)

参 考

保険適応について

PET/CT 検査の保険適応は、傷病名と共に検査目的まで含めて制限されています。保険適応無い場合、自費診療扱いでの検査をご希望されるか否か、ご確認下さい。

PET&PET-CT 保険適応要件

1. てんかん

難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者

2. 虚血性心疾患

虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者
(通常の心筋血流シンチグラフィーで判定困難な場合)

3. 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)

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患者

4. 前段階としてCT検査をおこなっていること

事前のCT検査により、悪性所見や、転移・再発が疑わしい場合
(CTによる画像診断がない場合、保険適応にならないことがあります。)

P E T 検 査 予 約 申 込 書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住 所

旭川医科大学病院

名 称

地域医療連携室 宛

主治医 _____

FAX: 0166-69-3044

FAX: _____

TEL: 0166-69-3055

TEL: _____

フリガナ 患者氏名	_____	様	性別	男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳) TEL _____ - _____
住 所	_____				TEL _____ - _____
希望日時	_____	年	月	日 (時 頃)	<input type="checkbox"/> 希望無し ※ ご本人に連絡のとれる電話番号を記入してください

(傷病名)	<input type="checkbox"/> 肺癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 膵癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫
	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	
	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> その他()				
(検査目的)	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 原発不明検索	<input type="checkbox"/> その他()		
(検査結果)	施行したCT検査	: 施行日	年	月	日	部位:	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部
							その他()
	その他の画像検査	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	その他検査()			
(症状経過・検査結果・治療経過)							
(既往歴及び家族歴、備考)							

患者情報(記載あるいはチェック願います)

● 移動: 独歩・車いす・ストレッチャー	● 手術歴: 無・有()
● 妊娠: 無・有(月)	● 化学療法: 無・有()
● 授乳: 無・有	● 放射線治療: 無・有
● アレルギー: 無・有	● 閉所恐怖症: 無・有
● 感染症: STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他()	
● 糖尿病: 無・有(治療法: 食事のみ・経口剤・インスリン・その他)	
血糖値 採血日 年 月 日()mg/dl	
HbA1c採血日 年 月 日()%	
身長 _____ cm	体重 _____ kg
	最終月経 月 日 ~ 月 日
● 埋込み型除細動器: 無・有	● 埋込み型ペースメーカー: 無・有
	メーカー名()

P E T 検 査 予 約 申 込 書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住 所

旭川医科大学病院

名 称

地域医療連携室 宛

主治医 _____

FAX: 0166-69-3044

FAX: _____

TEL: 0166-69-3055

TEL: _____

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	男・女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳) TEL _____ - _____
住 所	_____				TEL _____ - _____
希望日時	_____ 年	_____ 月	_____ 日	(_____ 時頃)	<input type="checkbox"/> 希望無し ※ ご本人に連絡のとれる電話番号を記入してください

(傷病名)	<input type="checkbox"/> 肺癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 膵癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	
	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫		
	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> その他(_____)					
(検査目的)	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 原発不明検索	<input type="checkbox"/> その他(_____)			
(検査結果)	施行した画像検査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	その他検査(_____)			
(症状経過・検査結果・治療経過)								
(既往歴及び家族歴、備考)								

患者情報(記載あるいはチェック願います)

● 移動: 独歩・車いす・ストレッチャー	● 手術歴: 無・有(_____)
● 妊娠: 無・有(_____ ヶ月)	● 化学療法: 無・有(_____)
● 授乳: 無・有	● 放射線治療: 無・有
● アレルギー: 無・有	● 閉所恐怖症: 無・有
● 感染症: STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他(_____)	
● 糖尿病: 無・有(治療法: 食事のみ・経口剤・インスリン・その他 _____)	
血糖値 採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____)mg/dl	
HbA1c採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____)%	
身長 _____ cm	体重 _____ kg
最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
● 埋込み型除細動器: 無・有	
● 埋込み型ペースメーカー: 無・有	
メーカー名(_____)	