

様式1

PET 専用

事前検査用申込書

直通 TEL 及び FAX 024-547-1383

&lt;申込み受付時間&gt; 祝日・年末年始を除く月～金 8:30 から 16:30 まで

※検査を希望される日をお書きいただき、当PET室へできるだけ早くご送信ください。

※時間外申込みにつきましては、翌受付日となりますのでご了承ください。

※検査料確定後、できるだけ早急に別紙「PET検査依頼書」をお送りください。

※患者さんからの直接の申込みはお受けしていません。

予約情報	検査希望日	第1希望日	令和 年 月 日( 曜日) 午前・午後
		第2希望日	令和 年 月 日( 曜日) 午前・午後
		第3希望日	令和 年 月 日( 曜日) 午前・午後
	検査種別	PET/CT ・ PET-MRI	

受検者情報	医大受診歴	有・無	医大患者ID	
	フリガナ			性別
	氏名	(旧姓 )		男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	年 月 日生	歳
	住所	〒 -		
	電話番号	携帯		

依頼元医療機関情報	名称および住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	診療科名	科
	医師名 ※フルネーム	先生

この事前検査申込書に記載された患者さんの個人情報、福島県立医科大学附属病院およびPET検査室における患者登録及び検査予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意いただいた上でお申し込みください。

様式2

## PET 検査依頼書(委託検査用)

公立大学法人福島県立医科大学附属病院 御中

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号： ( )

医師名：

( 科) [入院中の場合\_病棟名 ]

患者情報	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	直近体重※必須		
	住所				
	電話番号 ( )	※携帯電話番号 ( )			
福島県立医科大学附属病院 受診歴					
<input type="checkbox"/> あり (医大患者ID _____) <input type="checkbox"/> なし					

臨床診断名	<b>PET/CT PET-MRI の両方検査可能</b>		<b>PET/CT のみ検査可</b>		
	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 縦隔/胸膜癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 直腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 骨軟部瘍 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫		<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肝臓癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期を除く) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシス <input type="checkbox"/> その他( )		
種別	<input type="checkbox"/> PET/CT	<input type="checkbox"/> 撮影や部位に関する特記事項	<input type="checkbox"/> 保険診療		
	<input type="checkbox"/> PET-MRI		<input type="checkbox"/> 自費診療( )		
目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他( )				
検査不可項目	<input type="checkbox"/> 下記項目に該当項目がない事を確認済み ●閉所恐怖症や仰臥位での静止不可能(PET/CT 30分/PET-MRI 60分程度) ●空腹時血糖値 200mg/dL 以上 ●[PET-MRI のみ]MRI 撮影できない体内金属がある				
確認事項	<input type="checkbox"/> 自力での歩行や移動が不可能 ※付添い必須です <input type="checkbox"/> 認知症あり ※付添い必須です <input type="checkbox"/> 糖尿病あり ※下記を記入してください 血糖値と測定日： HbA1C と測定日： 治療薬剤名：		<input type="checkbox"/> 体内金属あり(留置物： ) <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤あり(薬剤名： ) <input type="checkbox"/> アレルギーあり( ) <input type="checkbox"/> 喘息あり <input type="checkbox"/> G-CSF 製剤使用あり(使用日： ) <input type="checkbox"/> 点滴/ドレーン類挿入あり		
既往歴 手術歴 及び 現病歴	<input type="checkbox"/> 添付資料参照 <input type="checkbox"/> 既往歴および手術歴なし ※簡潔な記載で結構です				

&lt;&lt;&lt;下記は医科大学の使用欄です&gt;&gt;&gt;

検査オーダー入力医師	オーダー確認	DVD チェック	ID
年 月 日 医師名			



# PET 検査を受けられる

さんへ

検査日 年 月 日 : 予定

外部医療機関患者用

●検査に関することのご相談は、  
何でもこちらまでご連絡ください。

福島県立医科大学附属病院 PET検査室  
祝日をのぞく平日8:30~16:30のみ 電話 024-547-1383

様式4

## 検査前日 月 日

- 筋肉に 負担をかける運動などは検査終了まで避けましょう。
  - ジョギング、水泳、登山
  - 農作業、重いものを持つ
  - 野球、ゴルフ、ボウリング
- お酒は検査終了まで禁止です。
- 下剤は検査終了まで使用しないでください。
  - その他の薬は医師の指示通りに飲んでください。
- 当日持っていく書類の確認
  - 「PET 検査依頼書(委託検査用)」
  - この用紙「PET 検査を受けられる…」
  - あなたの「保険証」
  - ペースメーカーがある方は「手帳」を忘れずにお持ち下さい。
- PET 検査室より確認の電話を差し上げます。
  - 検査日が休日明けの場合は休日前の平日に連絡いたします。
- ※心臓サルコイドーシス検査の方は検査予約時間の18時間前から禁食です。

## 検査当日 月 日

- ※心臓サルコイドーシス検査の方は、検査終了まで禁食継続です。
- 検査予約時間が12:30より前
  - 朝起きた後から何も食べないでください。
- 検査予約時間が12:30より後
  - 朝ごはんは8:00までに食べ終えて、そのあとから検査終了まで何も食べないでください。
- 糖尿病の薬やインスリン注射は、食事をとる回分だけ使用してください。
  - その他の薬は医師の指示通りに飲んでください。
- 検査終了までお菓子・果物・ガム・飴など、食べたり舐めたりする物すべて禁止です。
- 水分は味がついていない水のみ、飲んで頂いて結構です。
- 検査1時間前までに病院に到着するようお願いいたします。
  - 遅刻すると検査できませんのでご注意ください。

## 病院に着いたら

- きぼう棟正面玄関近くの総合受付で受付してください。
- PET 検査室へお越し下さい。
  - 書類を確認します。
- 問診票の記載をお願いします。
- 予約順で検査にご案内します。
- 検査終了までは、
  - CT=検査ご案内から約2時間15分かかります。  
[CT撮影時間は20~30分です。]
  - MRI=検査ご案内から約2時間15分から3時間かかります。  
[MRI撮影時間は60~90分です。]



医療スタッフ用 FDG-PET 検査チェックリスト 患者氏名 \_\_\_\_\_ さん

[検査予定日時 年 月 日 : ] [医大到着予定時刻 : ]

\*\*\*検査キャンセル、検査内容や時間に関することなどのご相談は、下記までご連絡ください。\*\*\*

福島県立医科大学 先端臨床研究センター PET検査室 (平日8:30~16:30のみ)  
電話:024-547-1383

検査翌日まで	<p><input type="checkbox"/> 検査 4 時間前から糖を含む点滴や注射の中止オーダーの確認 ルートキープで持続点滴が必要な場合は酢酸リンゲル液などの糖分を含まない物を接続してください。また三方活栓から患者まで 200cm 以上の長さとなる様にラインを接続してください。ヘパリンナトリウム生食でロックし留置針をキープして頂いても結構です。</p> <p><input type="checkbox"/> 欠食オーダーの確認 検査予定時刻が 12:30 までの場合は当日朝欠食。 検査予定時刻が 12:30 以降の場合は当日昼欠食。 併せて、経管栄養・糖分を含む内服薬やゼリー等もご確認下さい。糖類の摂取は検査不可となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 欠食した分の糖尿病治療薬の中止オーダーの確認 低血糖の予防処置です。また糖尿病薬の使用は FDG 集積を妨げる可能性があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 前日から検査終了まで下剤中止 腸粘膜への FDG 異常集積を予防するために必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 負荷の強いリハビリテーションの中止 筋負荷による FDG 異常集積を予防するために必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査同行スタッフの決定 継続している医療行為(点滴・ドレーン類)がある場合は、医師もしくは看護師の同行が必須となります。不明な点があれば PET 検査室までご連絡ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 入院している病棟の「入院基本料」の確認 医事担当者へ確認してメモなどに記載し、当日 PET 検査室受付までお持ちください。</p>
検査当日	<p><input type="checkbox"/> 欠食や検査 4 時間前から糖類停止を再確認</p> <p><input type="checkbox"/> 福島県立医科大学附属病院到着時刻確認 検査予定時刻の 1 時間前までの到着をお願い致します。書類などの確認があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 着用する衣類確認 PET 検査は原則的に PET 検査室で更衣します。ご協力をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 点滴やドレーン類などの準備 これらが移動によって不具合を起こさないよう準備してください。<u>ペースメーカーがある方は必ず手帳をご持参頂かないと院内規定により CT・MRI 問わず撮影できません。</u></p>
出発前・到着後	<p><input type="checkbox"/> 携行する書類の確認 ○説明文書・検査承諾書 ○診療情報提供書兼 PET 検査依頼書 ○入院基本料のメモ</p> <p><input type="checkbox"/> 福島県立医科大学附属病院 正面玄関より総合受付窓口へお越しください。 書類を確認します。</p> <p><input type="checkbox"/> PET 検査室へ移動してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 予約順で検査にご案内します。検査終了まで待機をお願いします。 CT はご案内から約 2 時間、MRI はご案内から約 3 時間かかります。</p>