PET-CT検査依頼書　（患者紹介書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地方独立行政法人　加古川市民病院機構 | | | | | 紹介元医療機関 | | | | |  | | | |
| 加古川中央市民病院 | | | | |  | | 名称 | | |  | | | |
|  | | | | |  | | 所在地 | | |  | | | |
| 放射線科　担当医　殿 | | | | |  | | 医師名 | | | 科 | | |  |
|  | |  | | |  | | TEL | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | FAX | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 男  女 | | （西暦）　　　　　　　　　　　　　年  　月　　　日 | | | 加古川中央市民病院　または  加古川西市民病院　　の受診歴  あり・なし | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 住所 | 〒　　　- | | | | | | | | 電話番号　（日中に連絡がとれる番号） | | | | |
| 連絡先1 | |  | | |
| 連絡先2 | |  | | |
| 上記の電話番号へ事前確認の連絡をとらせていただきます | | | | | | | | | | | | | |
| 該当箇所に✓や○を記入してください | | | | | | | | | | | | | |
| 検査希望日 | | | | 第1希望　（　　　月　　日　） | | | | ※結果は郵送で、約1週間後の到着となります | | | | | |
| 第2希望　（　　　月　　日　） | | | |
| 臨床診断 | | | | □悪性腫瘍　（早期胃癌を除く）　　　　　　　□てんかん　　　　　　□心サルコイドーシス | | | | | | | | | |
| （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 検査目的 | | | |  | | | | | | | | | |
| 施行した画像診断 | | | | □CT　　□MRI　　□RI　　□超音波　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 腫瘍マーカー値など | | | |  | | | | | | | | | |
| 臨床経過など　（既往歴・治療歴に関しては、日時を含めてできるだけ詳しくご記入ください） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 検査に必要な確認事項  （必ずご記入ください） | | | 身長　　　　　cm　　体重　　　　　kg | | | | | □外来通院中　　　　□入院中 | | | | | |
| 移動に介助が必要 | | | なし・あり | | 感染症 | | | | なし・あり（　　　　）・不明 | |
| （付添い歩行　・　車いす　・　ベッド） | | | | | 糖尿病 | | | | なし・あり（BS:　　　　）・不明 | |
| 仰臥位で30分静止 | | | 可・不可 | | オムツ／尿バッグ | | | | なし・あり | |
| 閉所恐怖症 | | | なし・あり | | 告知 | | | | なし・あり | |

◎依頼書送信先：加古川中央市民病院　予約専用　FAX：079-451-8653

加古川中央市民病院　　 PET-CT検査問診票

◎ 事前に記載し、検査当日ご持参ください。 　　　 記載日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |

＊ 今までPET検査を受けたことがありますか。　　 あり（いつ頃 　　年　　 月頃） 　　　　 なし

（どこで　　加古川中央市民病院　・　加古川西市民病院　・　他院 ）

＊ 最近、気になる症状がありますか。　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） なし

　 炎症なども検査結果に影響することから最近の症状や病歴についてお伺いします。

　 あり・なし　のどちらか該当する方に○を記入してください。

　 また(　)の中には、具体的に症状をわかる範囲でお書きください。

　 頭痛　　　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　 なし

　 めまい　　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 歯や口の中の痛み　　　　　　あり（右上・右下・左上・左下　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 現在歯の治療　　　　　　　　している（右上・右下・左上・左下　　　　　　　　　　）　 していない

　 歯槽膿漏・歯肉炎　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 咳　　　　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 のどの痛み　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 胸のしこり　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　 なし

　 乳房の痛み　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 動悸　　　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 水・食物が通りにくい　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 胃の痛み　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 胃のむかつき　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 背中の痛み　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 身体の関節などの痛み

肩　　　 　　　　　　　　あり（右・左・両側　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 ひざ　　 　　　　　　　　あり（右・左・両側　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 腰　　　 　　　　　　　　あり（右・左・両側　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 杖使用　 　　　　　　　　あり（右・左・両側　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 その他　 　　　　　　　　あり（部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 排尿困難　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　 閉所恐怖症　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１／３　　　　　　　　　　　　加古川中央市民病院

PET-CT検査問診票

病歴についてお伺いいたします。これまでに以下の病気にかかられたことがありますか。

あり・なし　のどちらか該当する方を○で囲んでください。（　　）の中はできるだけ詳しく記入してください。

脳　　　脳梗塞　（右　・ 左　）　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

脳出血　（右　・ 左　）　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

その他　（　　　　　　　　　） 　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）

甲状腺　慢性甲状腺炎　　 あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

甲状腺機能異常　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

その他　（　　　　　　　　　） 　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）

肺　　　肺炎　　（右　・ 左　）　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

結核　　（右　・ 左　）　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

その他　（　　　　　　　　　） 　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）

心臓　　心筋梗塞　　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

狭心症　　　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

ペースメーカー　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　埋め込み　）　　　　　　　　 なし

その他　（　　　　　　　　　） 　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）

消化器　食道潰瘍　　　 　　　　　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

胃・大腸ポリープ　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

胃・十二指腸潰瘍　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

胃炎　　　 　　　　　　　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

ピロリ菌陽性　　 　　　　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

その他　（　　　　　　　　　） 　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）

腎　　　腎不全　　　　 　　　　　　あり　（　 　年　 　月頃から治療中　・飲水制限あり　）　 なし

透析　　　　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　血液透析　・　腹膜透析　）　 なし

生殖器　子宮筋腫　　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

子宮腺筋症　　　　　　　 　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

子宮内膜症　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　） 　　 なし

その他　（　　　　　　　　　） 　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）

血管　 閉塞性動脈硬化症　　　　 　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２／３ 　　　　　　　　　　　　　加古川中央市民病院

PET-CT検査問診票

自律神経失調症 　　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

採血・点滴などで気分不良や意識消失したこと　　　あり（ 毎回　・　時々　）　 　　　　　　　　なし

手術を受けたこと　　　　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

あり　の方へ　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

腫瘍やがんと診断された　　　　 　　あり　（　 　年　 　月　頃　　　完治 ・　治療中　）　　　なし

あり　の方へ　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

あり　の方へ　　どのような治療を受けられましたか。

・手術療法　　（　　 年　　 月　頃　部位　　　　　 　　）

・放射線療法　（　　 年　　 月　頃　部位　　　　　　　 ）

・化学療法（抗がん剤）　（　　 年　　 月　頃　）

喫煙　　　　　　　　あり（1日に　　 本程度　　 年間）

　　　　　　　　　　なし（喫煙経験なし ・ 　　年前に禁煙　それまでは1日　　 本　　 年間）

最近の便通　　　　　快便　・　下痢気味　・　便秘気味なので下剤を飲んでいる　・　その他

人工肛門　　　　　　あり　・　なし

女性の方のみにお伺いします。

閉経　　　　　　　（　　　）才

生理周期　　　　　　　　　　日　　　　最終月経　　　　　月　　　　　日　　～　　　月　　　　　日ごろ

不正出血　　　　　　あり　・　なし

妊娠している可能性　あり（妊娠している可能性あれば原則禁忌です。）　・　 なし

＊　ご協力ありがとうございました。

この用紙に記載されている事項は、検査の情報として活用するものであり、それ以外には使用いたしません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３／３ 　　　　　　　　　　　　　加古川中央市民病院

PET-CT**検査同意書**

１．PET-CT検査の限界について

1cm以下の小さながん、糖をあまり消費しないがん、腎臓や膀胱などの尿路系のがんの検出は困難とされています。

PET-CT検査には限界があり、すべてのがんを検出できるわけではありません。また、脳疾患や心疾患における診断にもある程度の限界が存在しますので、ご理解ください。

２．血糖値測定について

PET-CT検査に使用する薬は血液中の糖の値に影響を受けますので、問診の際に血糖値を測定します。事前の絶食が適切にされておらず血糖値が高い場合は、検査を中止することがあります。

絶食については、別紙「PET-CT検査を受けられる方へ」をご参照ください。

３．付添いについて

検査時間は２時間半程度が目安となります。着替えや歩行、トイレなどを患者様お１人では困難と判断した場合は、付添いの方にも検査室内に入っていただきますので、ご了承ください。

４．放射線被ばくについて

PET検査薬による被ばく線量は、胃のバリウム検査と同程度と言われています。PET-CT検査では、これにCT撮影による被ばくも加わりますが、放射線によって身体障害が起こる線量ではありません。

５．副作用について

PET検査薬はブドウ糖によく似た薬ですので、アレルギー等の副作用の心配はありません。

６．キャンセルについて

PET検査薬はたいへん高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されていますので、キャンセルされる場合はできるだけ早くご連絡ください。連絡がなく来院されなかった場合は、キャンセル料を徴収させていただく場合がありますので、ご了承ください。

私は、上記の説明を充分理解したうえで、PET-CT検査を受診することに同意いたします。

加古川中央市民病院長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　 月　　 日

【署名欄】（本人が未成年又は署名できない場合は、保護者又は代理の方がご記入ください。）

　氏　名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 （続柄： ）

住　所：

**ＰＥＴ-ＣＴ検査を受けられる方へ**

§検査前日にもう一度確認してください§

**【当日お持ちいただくもの】**

|  |  |
| --- | --- |
|  | PET-CT検査問診票（3ページ分） |
|  | PET-CT検査同意書 |
|  | 500ml程度の水、又はお茶（検査時に飲んでいただきます） |
|  | 検査資料（CT、MRI 、超音波などの画像データがある場合のみ） |

**【注意事項】**

1．予約時間の5時間前より絶食してください。　（心サルコイドーシス診断の場合は18時間前から絶食）

・脱水予防のため、水やお茶は飲んでください。ただし、糖分やカロリーを含むものは不可です。

2．糖尿病の薬（インスリンや血糖降下剤など）、糖分を含む点滴・注射は予約時間の5時間前より中止してください。　（心サルコイドーシス診断の場合は18時間前から中止）

・糖尿病以外の薬は、通常どおり服用してください。

3．検査前日と当日の激しい運動は、控えてください。

・PET検査薬が筋肉へ集まり、診断の妨げとなります。

4．検査は、2時間半程度かかります。

5．検査後2時間以内は可能であれば人混みを避け、特に妊婦や乳幼児とは1メートル程度離れてください。

・検査終了後も、少量ですが身体から放射線が出ています。

**【お願い】**

１．予約時間までに受付を済ませてください。

・PET検査薬は時間とともに効果が弱くなるため、長時間遅れた場合は検査ができない場合があります。

２．キャンセルや予約日時を変更される場合は、できるだけ早くご連絡ください。

・ご連絡がなく、当日来院されなかった場合は、キャンセル料をいただく場合があります。

（PET検査薬代：45,200円　税別）

・やむを得ない理由がある場合は、キャンセル料はいただいておりません。

****

**【キャンセルや予約変更、検査に関する問い合わせ先】**

**加古川中央市民病院　ＴＥＬ　079-451-5500（代表）**

**【交通のご案内】**

《徒歩の場合》

JR加古川駅より、北西に約950mです。（約12分）

《お車の場合》

・県道18号線「小門口交差点」より進入し、表示に従って駐車場へお進みください。

・新加古川左岸線（加古川堤防）側の出入口は「左折進入のみ」となっていますのでご注意ください。

《シャトルバス》

JR加古川駅と病院を結ぶ無料シャトルバスを運行します。