【紹介元医療機関用】

ＰＥＴ/ＣＴ検査依頼書（診療情報提供書）

済生会川口総合病院　宛

フリガナ		性　別
受診者氏名		男・女
生年月日	年　月　日（　歳）	
住所	〒　－	
TEL		
日中連絡先	（携帯可）	
外　来　・　入　院（病棟　）		

紹介元医療機関

名　称：

住　所：

電　話：
（内線　　）

診療科：

医師名：　　印
（フルネーム）

検査予約日時：　年　月　日（　）　時　分

検査目的・臨床診断：早期胃癌を除くすべての悪性腫瘍が保険適応となります。
□検診　□悪性腫瘍（診断病名：　　）
□難治性てんかん　□虚血性心疾患　□血管炎

撮像範囲　眼窩～大腿基部

臨床経過（詳細にご記入ください）

確定病理診断（　　：なし）

参　考　画　像	□CT　□MRI　□US　□RI　□その他（　　）要フィルム持参		
腫　瘍　マ　ー　カ　ー	年　月　日	年　月　日	
	年　月　日	年　月　日	
手　術　歴	ー・＋	術式：	
化　学　療　法	ー・＋	年　月　日まで	
G-CSF 薬剤投与歴	ー・＋	年　月　日まで	
放　射　線　治　療　歴	ー・＋	年　月　日まで	

身長：　cm　体重：　kg	糖 尿 病：　ー・＋	感　染　症：　ー・＋
自立歩行：　可・車椅子　担 送	簡易血糖：　mg/dℓ	閉所恐怖症：　ー・＋
30 分仰臥位静止：　可　・　不可	妊　娠：　ー・＋	排尿：　自立･介助（ｾﾙﾌｶﾃ･ｳﾛｶﾞｰﾄﾞ･ｵﾑﾂ）
告知：　済・未	薬剤アレルギー：　ー･＋（　　）	植込み型除細動器（ICD）：ー・＋

※バリウム等の検査はＰＥＴ／ＣＴ検査後にお願いいたします。

FAX　0120-253-097

済生会川口総合病院 PET/CT センター

ＰＥＴ/ＣＴ検査依頼書（診療情報提供書）

済生会川口総合病院　宛

紹介元医療機関

名　称：

住　所：

電　話：
（内線　　）

診療科：

医師名：　　印
（フルネーム）

フリガナ		性　別
受診者氏名		男・女
生年月日	年　月　日（　歳）	
住所	〒　－	
TEL		
日中連絡先	（携帯可）	
外　来　・　入　院（病棟　　）		

検査予約日時：　年　月　日（　）　時　分

検査目的・臨床診断：早期胃癌を除くすべての悪性腫瘍が保険適応となります。

□検診　□悪性腫瘍（診断病名：　　）

□難治性てんかん　□虚血性心疾患　□血管炎

撮像範囲　眼窩～大腿基部

臨床経過（詳細にご記入ください）

確定病理診断（　　：なし）

参考画像	□CT　□MRI　□US　□RI　□その他（　　）要フィルム持参		
腫瘍マーカー	年　月　日		年　月　日
	年　月　日		年　月　日
手術歴	－・＋	術式：	
化学療法	－・＋	年　月　日まで	
G-CSF 薬剤投与歴	－・＋	年　月　日まで	
放射線治療歴	－・＋	年　月　日まで	

身長：　cm　体重：　kg	糖尿病：　－・＋	感染症：　－・＋
自立歩行：　可・車椅子　担送	簡易血糖：　mg/dℓ	閉所恐怖症：　－・＋
30分仰臥位静止：　可　・　不可	妊娠：　－・＋	排尿：　自立･介助（ｾﾙﾌｶﾃｰﾃﾙ･ｵﾑﾂ）
告知：　済・未	薬剤アレルギー：　－･＋（　　）	植込み型除細動器（ICD）：－・＋

※バリウム等の検査はＰＥＴ／ＣＴ検査後にお願いいたします。

FAX　0120-253-097

済生会川口総合病院 PET/CT センター

【受診者控】

ＰＥＴ/ＣＴ検査依頼書（診療情報提供書）

済生会川口総合病院　宛

フリガナ		性　別
受診者氏名		男・女
生年月日	年　月　日（　歳）	
住所	〒　－	
TEL		
日中連絡先	（携帯可）	
外　来　・　入　院（病棟　）		

紹介元医療機関

名　称：

住　所：

電　話：
（内線　　）

診療科：

医師名：　　印
（フルネーム）

検査予約日時：　年　月　日（　）　時　分

■予約時間30分前までに本館１階新患受付にてお声掛けください。

【PET／CT検査の留意事項】

PET／CT検査６時間前より検査が終わるまでの間
お食事、ジュース類（清涼飲料水）、スポーツ飲料、乳製品、お菓子（飴やガムも含む）、果物類等の糖分のある飲食物は食べたり飲んだりしないでください。
検査当日にこれらを飲食しますとPET／CT検査は出来ません。

■検査6時間前のお食事は通常の半分程度にしていただき、その後、飲料は水やお茶のみとしてください。

■PET／CT検査薬は糖分とほぼ同じ成分です。そのため、検査前に糖分を摂取していると検査薬が十分に行き渡らなくなり、検査の質が低下し、診断に影響がでますので上記記載のお食事や飲み物の注意事項を必ずお守りいただきますようお願いいたします。

■当日お食事を摂らないため糖尿病のお薬（飲み薬およびインシュリン注射）は、検査終了まで避けてください。

■検査前日および当日の激しい運動は控えてください。

■PET／CT検査では、受診される方に合わせて検査薬剤をご用意します。この検査薬は、短時間で減衰するためご予約時間にご来院いただけない場合は、検査を実施することができない場合がございます。
また、機器のトラブルなどで検査時間が延びたり、検査が行えない場合もありますのでご了承ください。

■この検査は、医療機関からご依頼を受けた検査ですので、当院で検査結果についての説明は行いません。
検査結果はご紹介主治医の先生から説明を受けてください。

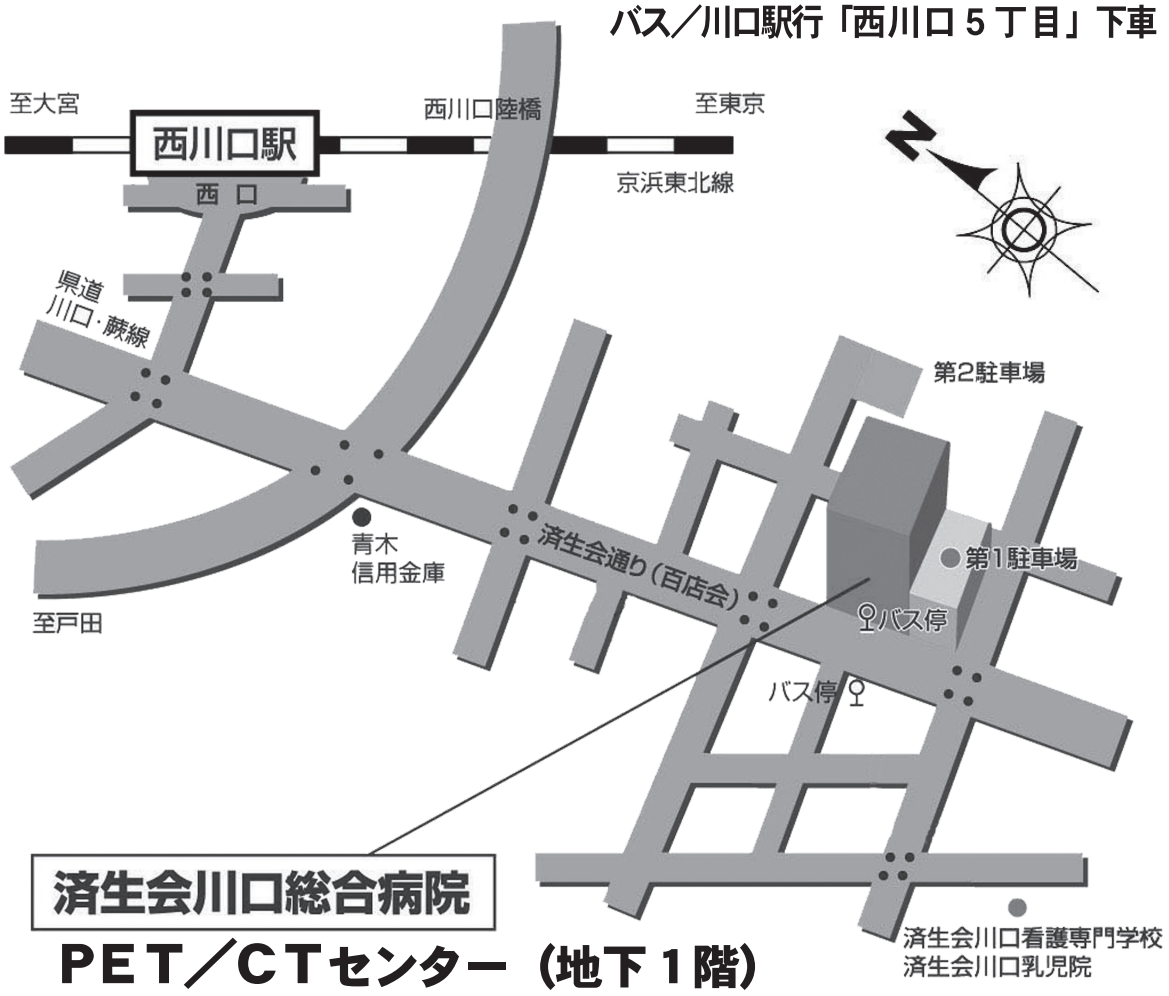
■痛み止めを服用中の方は、ご来院の際にご持参ください。

済生会川口総合病院　PET／CTセンター
フリーダイヤル　0120-253-008
平日（月～金　祝日を除く）午前９時～午後５時

ACCESS

●交通のご案内

電車／ＪＲ京浜東北線 西川口駅下車徒歩８分
バス／川口駅行「西川口５丁目」下車



- お車でお越しの方は、第１駐車場（病院隣り）へ駐車してください。
- ご不明な点がございましたなら、下記フリーダイヤルまでご連絡ください。

社会福祉法人恩賜財団 済生会埼玉県済生会川口総合病院

PET／CTセンター

〒332-8558　埼玉県川口市西川口５－１１－５
Tel 0120-253-008　Fax 0120-253-097
平日 午前９時～午後５時

【受診者記載→済生会川口総合病院用】

ＰＥＴ/ＣＴ検査に関する説明書・同意書

済生会川口総合病院　宛

紹介元医療機関

名　称：

住　所：

フリガナ		性　別
受診者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	

※注意事項　（よくお読みください）

ＰＥＴ/ＣＴ検査の保険適用につきましては厳密に限定されております。悪性腫瘍疑いでの適用についての記載がありませんので、原則として自費診療となります。
ご不明な点や金額等は地域医療連携室へお問い合わせください。

□ＰＥＴ/ＣＴ検査ではＦＤＧ（フルオロデオキシグルコース）という検査薬を使用しますが、この検査薬による重篤な副作用の報告はありません。

□ＦＤＧはブドウ糖とほぼ同じ成分です。そのため検査前に糖分を摂取しているとＦＤＧが十分にいき渡らなくなります。**検査６時間前**よりお食事や糖分の含まれる飲み物は控えてください（水・お茶は可）。
また糖尿病の方は、検査当日の飲み薬およびインシュリン注射も控えてください。

□心臓ＰＥＴ検査は食事制限の時間が異なります。**検査24時間前**より糖分の含まれるお食事や糖分の含まれる飲み物は控えてください（水・お茶・牛乳は可）。**検査12時間前**よりお食事や糖分の含まれる飲み物は控えてください（水・お茶は可）。

□ＰＥＴ/ＣＴ検査１回の被ばく量は約10mSv（シーベルト）です。

□ＦＤＧは糖代謝の盛んな脳や心臓に強く集積するため、他の部位に比べて検査感度が高くありません。
また静脈注射されたFDGは腎臓から尿管、膀胱へ排出されます。そのためこれらの臓器の腫瘍の診断には、他の検査を併用し補う必要があります。

□炎症性疾患（胃炎や咽頭炎など）、甲状腺腫や大腸腺腫などの良性疾患にFDGの集積が認められる場合があります。

□悪性度の低いがんや一部がん化しているなど、がん細胞の占める割合の少ない腫瘍は検出されない可能性があります。

□臓器の生理的な機能によって正常でも集積を認めることがあります。このような場合、集積の原因を確かめるために、別途検査をお勧めすることがあります。

□妊娠中、または授乳中の方は受診できません。

□ＰＥＴ/ＣＴによる画像診断は、従来の画像診断よりもはるかに優れた診断能を有していますが、上記に記載しているように限界もあり、がん等を100%診断し得るものではないことをご理解ください。

裏面に同意記載欄があります

ＰＥＴ/ＣＴ検査に関する説明書・同意書

また、画像の結果が境界領域と判断された場合や血液・尿・便検査などで必要と判断された場合は、最終的な診断のために内視鏡などをお勧めすることもございます。

以上の検査を受診するか否かは、自由意志に基づくものです。検査を受診することに同意された後でも、いつでもそれを撤回することができます。

ただし、ＰＥＴ/ＣＴ検査では受診される方に合わせて事前にＦＤＧ検査薬を製剤します。この検査薬は短時間で減衰するため、ご予約のお時間にご来院いただけない場合、検査を実施できない場合があります。

なお、患者さんのご都合により当日検査をキャンセルした場合は、ＦＤＧ検査薬代を別途請求させていただく場合があります。

また、今回の検査結果を医学会や学術誌に発表、あるいは多くの方に検査を知っていただくために使用させていただくことがございます。この際、氏名などのプライバシーは一切公表されることはありません。

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部　埼玉県済生会川口総合病院　御中

私は、上記の説明を読み、十分理解しましたので同意いたします。

年　　月　　日

氏　　名

（代　理　人　氏　名）

（代理人と本人の続柄）

【受診者記載→済生会川口総合病院用】

ＰＥＴ/ＣＴ検査チェックシート

済生会川口総合病院　宛

紹介元医療機関

名　称：

住　所：

フリガナ		性　別
受診者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	

● 現在治療中の病気や今までに罹った病気や怪我があればご記入ください。

治療中　（　　）

治癒（罹患時年齢も記載）（　　）

経過観察　（　　）

● アレルギーの有無　□ある（　　）　□ない

● 閉所恐怖症　□ある　□ない

● 体内に金属がある　□ある　□ない

● 糖尿病がある　□ある（ インスリン使用 ・ 内服薬使用 ）　□ない

● おむつの使用　□ある　□ない

● 痔の有無　□ある　□ない

● 生検の有無（生検の部位・生検施行日を記入）

□ある（　　）　□ない

● 予防接種の有無（予防接種の種類・接種日・接種部位を記入）

□ある（　　）　□ない

＜女性の方のみお答えください＞

● 月経の有無　□ある　□ない（閉経：　　歳）

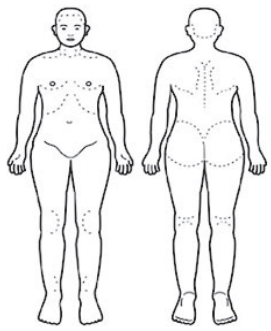
● 不整性器出血の有無　□ある　□ない

● 妊娠の有無　□ある　□ない

● 授乳の有無　□ある　□ない

＜特記事項＞

気になるところなどがありましたらご記入ください。



＜検査当日のチェック事項＞

□ 食事、糖分を含む飲み物の摂取は6時間以上控えた。（心臓PET検査は12時間以上）

□ （糖尿病の方）検査当日は糖尿病の飲み薬、インスリンを控えた。

□ （心臓PET検査の方）24時間以上の糖質を制限した。

□ 検査当日の体温（　　）

※ 上記にチェックがない場合、検査を行うことができないことがあります。

（関係者記入欄）

受付	投与者	撮影者

年　　月　　日

氏名