

手術歴	無 ・ 有	年	月	部位()
化学療法	無 ・ 有	年	月	
放射線治療	無 ・ 有	年	月	部位()

糖尿病 無 ・ 不明 ・ 有 → 使用薬剤名()※検査当日朝は服用させないでください
原則として当日はインスリンや糖尿病薬を使用せずに 200mg/dl 以下にコントロールいただけますようお願いいたします。

身長/体重 ()cm ()kg 高カロリー輸液 無 ・ 有

感染症 無 ・ 有() 介助なしでの歩行・検査台への乗り降り 可 ・ 不可
移動方法 自立歩行 ・ 要介助 ・ 車いす
要介助・車いすの場合の介助者 ()

妊娠/授乳 無 ・ 有 ペースメーカー/ICD 無 ・ 有(機種名)
有の場合は検査当日にペースメーカー手帳を必ずご持参ください

閉所恐怖症 無 ・ 有 ・ 不明 30 分間の静止(仰向け) 可 ・ 不可

腎機能異常 無 ・ 有 (飲水負荷 可 ・ 不可)

同一月ガリウムシンチ 無 ・ 有 → ※有の場合は検査できませんのでご注意ください

検査が保険適用外となった場合 (自費で行う ・ 予約キャンセル)

その他留意事項

- PET-CT 検査ご依頼の際は、この用紙に必要事項を記載の上、
秋田大学医学部附属病院 地域医療患者支援センター 電話 018 (884) 6559
に連絡して予約をおとりいただいた後、この診療情報提供書に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。
秋田大学医学部附属病院 地域医療患者支援センター FAX 番号 018 (884) 6564
- 別紙「PET-CT ご依頼の先生方へ」などをご参照の上、保険適用か否かご検討ください。なお、保険適用のない理由でお申し込みの場合、全額自由診療(検査のみで10万円前後)となります。
- 同一月内にガリウムシンチグラフィが行われている場合、保険適用になりません。ご注意ください。
- 主治医のお立場から、患者さんに検査の目的、概要、コスト、検査前絶食・運動制限(重いものの持ち歩き、冬の雪寄せ作業なども控えるようご指導ください)、など、必須事項についてご説明の上、同意を取得して頂けますよう、お願い申し上げます。同意を取得されましたら、下記にご署名を頂けますようお願いいたします。また本書を複写し一部を貴院の診療録に貼付して保存ください。
- 検査前、最低4時間(できれば6時間、心サルコイドーシスの検査は12時間)の絶食(水のみ可)が必要なことについて患者様へのご指導をお願いします。糖分を含んだ持続点滴をされている場合も上記の時間は止めてください。
- 患者さんには予約の日時に来院するよう、もし来院できなくなった際は、必ず速やかにご連絡するようご指導を願います。キャンセルされる場合は検査前日の11時まで(検査が月曜の場合は前週金曜11時)までに必ずご連絡ください。
- 患者さん向けの「PET-CT 検査をお受けになる患者さんへ」も用意しておりますので、印刷して患者さんにお渡しの上、ご説明や同意取得の際にお役立て下さい。
- インスリンや糖尿病薬を使わずに空腹時血糖値が200mg/dl以下(できれば150以下)にコントロールいただけますようお願いいたします。インスリンや糖尿病薬をどうしても止められない患者様の場合は別途ご相談ください。
- ストレッチャー移動の方、鎮静が必要な方は原則として検査をお受けできません。歩行や寝台の乗り降りに介助が必要な方の検査はお受けできない場合がございます。介助が必要な方は、検査当日に介助についていただける方の付き添いをお願いいたします。
- 一般の方や職員の被曝を避けるため、検査日は当院他科外来の受診や、他の検査は予定なさらないようお願いいたします。
- 交通事故による薬剤輸送の障害や装置のトラブルなどによる検査時間の遅れ、延期、中止もあり得ます。何卒ご了承ください。
- 研究・発表への利用：検査に関して得られた知見を医学雑誌や学会に発表させていただく場合がありますが、個人を特定できるような情報を公開することはありません。

PET-CT 検査同意署名欄

私は、PET-CT 検査の必要性とその内容、これに伴う危険性、検査前注意事項などについて主治医より説明を受け、検査を受けることに同意します。

検査日時 20 ____年____月____日

説明医師 (署名) _____

患者氏名 (署名) _____

代諾者氏名 (署名) _____ (続柄) _____

記載日時 20 ____年____月____日