

患者様
氏名

生年月日

男・女

貴院のIDカードをインプリントしてください。

住所〒

TEL：（ ）
携帯：（ ）

身長・体重cmkg

検査予約日時：年 月 日（午前・午後）時 分

医療機関

診療科

担当医師（フルネーム）

TEL.（ ）

保険適用条件：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）

依頼検査

☐ PET/CT

臨床診断

肺癌 大腸癌 乳癌
その他（ ）

検査目的

病期診断 転移・再発診断

病理検査

（必ず○で囲んでください）

あり（組織型 ）
なし（病理診断による確定診断は得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断）

腫瘍マーカー・
臨床経過等

必ずご記入ください

※保険診療の算定要件では原則6か月以上の間隔をとることとされています。
患者様の病状等によりどうしても短期間での検査が必要な場合は、その理由を詳しくご記載ください。

治療歴

・手術歴 年 月 術式・治療内容
・化学療法 年 月
・ホルモン療法 年 月
・放射線治療 年 月
・免疫療法 年 月

糖尿病 無 ・ 境界型 ・ 有 ※糖尿病薬剤について：検査当日の服用（投与）には注意が必要です。

自力歩行 可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

告知 済 ・ 未

人工肛門 無 ・ 有

輸液 無 ・ 有

HBsAg - ・ + ・ 未

気管切開 無 ・ 有

30分静止 可 ・ 不可

HCVAb - ・ + ・ 未

妊娠 無 ・ 有

閉所恐怖症 無 ・ 有

ペースメーカー ・ ドレーン ・ ポート ・ 他（ ）

処置 酸素 ℓ
その他（ ）

検査日現在（見込） 外来 ・ 入院中

永仁会シーズクリニック 御中

次回外来日

月

日

上記の患者のPET検査及び診断をお願い申し上げます。

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

TSJ-M250101

（本人様控（3枚目）を必ず患者様へお渡しください。）

※検査当日の注意事項等について、当院の担当者から患者様へご連絡いたします。

患者様
氏 名

生年月日

男・女

貴院の I D カードをインプリントしてください。

住 所 〒

TEL : ()
携 帯 : ()

身長・体重 cm kg

検査予約日時： 年 月 日（午前・午後） 時 分

医療機関

診療科

担当医師（フルネーム）

TEL. ()

保険適用条件：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）

依 頼 検 査

☐ PET/CT

臨 床 診 断

肺癌 大腸癌 乳癌
その他()

検 査 目 的

病期診断 転移・再発診断

病 理 検 査

(必ず○で囲んでください)

あ り （組織型）
な し （病理診断による確定診断は得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断）

腫瘍マーカー・
臨床経過等

必ずご記入ください

※保険診療の算定要件では原則6か月以上の間隔をとることとされています。
患者様の病状等によりどうしても短期間での検査が必要な場合は、その理由を詳しくご記載ください。

治 療 歴

・手術歴 年 月
・化学療法 年 月
・ホルモン療法 年 月
・放射線治療 年 月
・免疫療法 年 月

術式・治療内容

糖 尿 病 無 ・ 境界型 ・ 有 ※糖尿病薬剤について：検査当日の服用（投与）には注意が必要です。

自力歩行 可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

告 知 済 ・ 未

人工肛門 無 ・ 有

輸 液 無 ・ 有

HBsAg - ・ + ・ 未

気管切開 無 ・ 有

30分静止 可 ・ 不可

HCVAb - ・ + ・ 未

妊 娠 無 ・ 有

閉所恐怖症 無 ・ 有

ペースメーカー ・ ドレーン ・ ポート ・ 他()

処 置 酸 素 ℓ
その他()

検査日現在（見込） 外来 ・ 入院中

永仁会シーズクリニック 御中

次回外来日

月

日

上記の患者のPET検査及び診断をお願い申し上げます。

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

TSJ-M250101

（本人様控（3枚目）を必ず患者様へお渡しください。）

※検査当日の注意事項等について、当院の担当者から患者様へご連絡いたします。

患者様
氏名

生年月日

男・女

貴院のIDカードをインプリントしてください。

住所 〒

TEL: ()
携帯: ()

身長・体重 cm kg

検査予約日時: 年 月 日（午前・午後） 時 分

医療機関

診療科

担当医師（フルネーム）

TEL. ()

予約時刻ちょうどにご来院ください

■検査当日にお持ち頂くもの

- ☐ マイナ保険証・健康保険証・資格確認書のいずれか
- ☐ 各種公費医療受給者証（医療券・限度額適用認定証・減免証明書などをお持ちの方。）
当院は難病指定医療機関ではないため、**指定難病医療の受給者であっても医療費のお支払いが必要です。**
- ☐ 診療情報提供書・紹介状（主治医からお預かりしたもの）
- ☐ フィルム・CD-ROM等（主治医からお預かりしたもの）
- ☐ 痛み止め、心臓の薬など緊急時に服用するものは**必ずお持ちください。**
- ☐ お薬手帳

■検査にあたってのご注意

- ☐ 事前のご案内
検査にあたって注意点がありますので、検査前日までに当院からお電話いたします。なお、お仕事等のご都合で**電話に回答できない場合は、患者様から当院に必ずお電話ください。**
TEL:04-2903-7888 受付9:00～17:30
- ☐ 食事制限
ご来院の6時間前からお食事を中止してください。
水、白湯、茶は制限無くお飲みいただけます。お食事、糖分の含まれる飲み物、菓子、ガム等を摂られますと検査の質が低下し、診断にも影響がでます。
- ☐ 糖尿病の方へ
食事をしたら、内服、インシュリン注射をなさってください。
- ☐ 検査の所要時間
約3時間半～4時間（ご来院からお帰りまで）。

- ☐ MRI検査室内に金属類は持ち込めません。
入れ歯、アクセサリ、エレキバン、治療用針、ベルト、メガネ、カラーコンタクトレンズ、磁気カード（キャッシュカード等）、ライター、鍵、チャック等
※カラーコンタクトレンズは検査中はずしていただく場合がありますので、必ず保存用ケースまたは予備レンズをお持ちください。
※**増毛パウダー（スプレー）**を使用したまま検査を受けないでください。鉄成分が検査に影響し、さらに機器の故障原因になることがあります。
補聴器、時計、携帯電話、車のリモコンキー等は故障する可能性があります。
入れ墨、化粧（アイシャドウ、アイライン、つけまつげなど鉄分を含んでいるもの）などをされている方は、検査の際、その部分が熱く感じる場合がありますので担当者にご相談ください。
冬用機能性下着（ヒートテック等）の着用はお控えください。
ウィッグは検査中はずしていただく場合があります。
- ☐ 結果説明
当院は、主治医の先生のご依頼に基づいて検査を行います。患者様への結果説明はいたしません。画像診断結果は、撮影した画像とともに主治医の先生にご報告いたしますので、患者様は主治医の先生から結果説明をお受けください。
- ☐ キャンセル等
遅刻やキャンセルなさる場合は、直ちに当院までお電話ください。また、キャンセルや検査日を延期なさった場合は、その旨を患者様から主治医の先生にお伝えください。

■検査料金の目安

保険種類や検査内容により異なります。

3割負担…約43,000円

乳房PETを同時に行うときは約55,000円

クレジットカード、ジェイデビットを使えます。



医療法人永仁会

永仁会シーズクリニック



電車でお越しください。所沢駅から徒歩5分です。

当院駐車場は駐車できる台数が少ないため、ストレッチャーの方の利用を優先させていただいております。
当院駐車場が満車の場合は周辺のコインパーキングをご自身のご負担でご利用いただくことになりますのでご了承ください。



西武池袋線・新宿線「所沢駅」南口より徒歩5分



関越自動車道 所沢インターチェンジより約7km
カーナビは住所で設定 埼玉県所沢市東住吉 7-5

路線地図

