

診療情報提供書 (PET検査依頼書)



永仁会シーズクリニック宛 <1枚目>

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. ( )

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	<input type="checkbox"/> PET/CT	撮像範囲 _____ 造影剤の使用 <input type="checkbox"/> MRI 有・無 ※造影検査の場合は必ずご記入をお願いします。											
臨床診断	肺癌 大腸癌 乳癌 その他( )	血清Cr値 _____ mg/dl 測定日 _____年 _____月 アレルギー・喘息 無・有 ( )											
検査目的	病期診断 転移・再発診断	当院記入欄											
病理検査 <small>(必ず〇で囲んでください)</small>	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	CEA ( ) ・ CA19-9 ( ) ・ SCC ( ) ・ CA125 ( ) シフラ ( ) ・ NSE ( ) ・ IL-2R ( ) ・ 他												
持参画像	CT MR 単純X線 その他( )												
臨床経過等													
治療歴	<table border="0"> <tr> <td>・手術歴</td> <td>年 月</td> <td rowspan="5">術式・治療内容</td> </tr> <tr> <td>・化学療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・ホルモン療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・放射線治療</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・免疫療法</td> <td>年 月</td> </tr> </table>		・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
・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	輸液点滴 ・ IVH											
HBsAg	- ・ + ・ 未	30分静止 可 ・ 不可											
HCVAb	- ・ + ・ 未	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 入院中の場合の入院病棟 <input type="checkbox"/> 一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1) <input type="checkbox"/> その他( )											

(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。

永仁会シーズクリニック 石田 二郎 先生 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

診療情報提供書 (PET検査依頼書)

貴院控 <2 枚目>



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. ( )

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	<input type="checkbox"/> PET/CT	撮像範囲 _____ 造影剤の使用 <input type="checkbox"/> MRI 有・無 ※造影検査の場合は必ずご記入をお願いします。											
臨床診断	肺癌 大腸癌 乳癌 その他( )	血清Cr値 _____ mg/dl 測定日 _____ 年 _____ 月 アレルギー・喘息 無・有 ( )											
検査目的	病期診断 転移・再発診断	当院記入欄											
病理検査 <small>(必ず〇で囲んでください)</small>	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	CEA ( ) ・ CA19-9 ( ) ・ SCC ( ) ・ CA125 ( ) シフラ ( ) ・ NSE ( ) ・ IL-2R ( ) ・ 他												
持参画像	CT MR 単純X線 その他( )												
臨床経過等													
治療歴	<table border="0"> <tr> <td>・手術歴</td> <td>年 月</td> <td rowspan="5">術式・治療内容</td> </tr> <tr> <td>・化学療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・ホルモン療法</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・放射線治療</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>・免疫療法</td> <td>年 月</td> </tr> </table>		・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
・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	輸液点滴 ・ IVH											
HBsAg	- ・ + ・ 未	30分静止 可 ・ 不可											
HCVAb	- ・ + ・ 未	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 入院中の場合の入院病棟 <input type="checkbox"/> 一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1) <input type="checkbox"/> その他( )											

(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。

永仁会シーズクリニック 石田 二郎 先生 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

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. ( )

予約時刻の30分前にご来院ください

■検査当日にお持ち頂くもの

- 健康保険証
- 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。)
- 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)
- 服用中の薬(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  
水曜日休診(ホームページでご確認ください。)
- 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  
当院の担当者が事前に説明しますので指示に従ってください。その際メモを忘れずにとってください。
- 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、コンタクトレンズ、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  
※コンタクトレンズ、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れた場合は、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。

(ご本人様控(3枚目)を必ず患者様へお渡しください。)

## 電車でお越しく下さい。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となりますのでご了承ください。



西武池袋線・新宿線「所沢駅」西口(1F)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

