

【担当医師と下記の質問にお答え下さい】 ※本紙は事前に紹介状と共に送付下さい

1) 糖尿病はありますか？

 いいえ はい

『はい』の方は、現在の治療法についてお答え下さい。○印をつけてください。

(・無治療 ・食事運動療法 ・飲み薬 ・インスリン)

血糖降下薬(ビグアイド系糖尿病薬)を飲んでいますか？

 いいえ はい

検査説明の「内服薬について」をよくご確認ください。大事なお知らせがあります

2) 持続血糖測定器(リブレプロ、ipro2等)を装着していますか？

 いいえ はい

『装着されている場合』は検査時に外して検査を受けて頂きます。

以下の項目にチェックをお願いします。

 検査当日患者自身で外します(装置は持ち帰ります) 事前に外した状態で来院します。

3) 体内にペースメーカーなど金属はありませんか？

 いいえ はい

4) 1週間以内にバリウム検査を受けていますか？

 いいえ はい

※バリウムが残っている場合、検査ができません。

5) 閉所恐怖症はありますか？

 いいえ はい『はい』の方は、検査当日までに当院検査室まで見学に来て頂きますようお願いいたします。
見学時に検査中の場合は待ち時間が発生することがあります。

6) 安静が守れない等、付き添いが必要ですか？

 いいえ はい

※安静困難である場合は検査出来ない場合があります。

7) 現在の身長・体重をご記入下さい

(_____ cm _____ kg)

☆女性の方へお聞き下さい

8) 現在、妊娠またはその可能性がありますか？

 いいえ はい

※『はい』の方は検査できません。

・現在、授乳中ですか？

 いいえ はい

・現在、生理中ですか？

 いいえ(最終月経 月 日) はい 閉経した

●検査説明、問診を受け、PET/CT検査を受けることに同意します。

患者または代理人署名 _____

※検査2-3日前に当院より検査日、注意事項などの確認の電話をさせていただきます

※日中つながりやすい番号をご記載下さい。

電話ご希望時間 昼12-13時 / 夕刻16-17時

ご確認連絡先(自宅/携帯/その他) _____

●以上、確認しました

問診担当医師名 _____

令和 年 月 日

②PET/CT検査 保険適用疾患チェック

疾患名	適応要件	チェック
てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する	
心疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断がつかない場合に限る） ・ 心サルコイドーシスの診断（心臓以外でサルコイドーシスと組織診断され、かつ心臓病変を疑う所見を認める場合に限る） ・ 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断 <p>上記診断が必要とされる患者に使用する</p>	
悪性腫瘍 （早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む）	<p>他の検査又は画像診断により病期診断又は転移もしくは再発の診断が確定できない患者に使用する</p> <p>※保険適応症例の選択基準</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること (b) 病理診断により確定診断が得られない場合は、臨床病歴、身体所見、PETあるいはPET/CT以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察、などから臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること <p>※FDG PET,PET/CT診療ガイドライン2020 日本核医学会より</p>	
高安動脈炎等の大型血管炎	<p>他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する</p> <p>（不明熱の鑑別診断や疑い症例での診断目的の検査は適用にならない）</p>	

※ 右側のチェック欄に印をつけ、**問診票と共にお送り下さい。**

※2021.8作成

※ 上記いずれかの適用要件を満たさない場合は全額自費検査となります。

ご不明な点があれば当院までご連絡頂きますようお願い致します。

《連絡先》 電話：0776-36-4110 FAX：0776-36-0240（地域医療連携課）