# 名古屋セントラル病院　PET-CT検査依頼伝票

貴院保存用

| お名前 様 | 貴院・科・依頼医師名 |
|---|---|
| 生年月日　　年　　月　　日 | |
| 電話　（　　）　　－ | 電話　（　　）　　－ |

**検査日：　　月　　日　　曜日　　時　　分**

１時間前に総合受付窓口で受付をして画像診断（D）にお越しください。

《ご予約方法》

電話にて下記の内容をお伝え下さい。
①貴院・科・依頼医師名
②患者様のお名前、生年月日、年齢、電話番号
③臨床診断名
④検査の希望日時

名古屋セントラル病院 地域連携室
052-452-3196

《検査当日持って来て頂くもの》

診療情報提供書（紹介状）、PET検査依頼伝票（本通セントラル病院用）および保険証をお持ち下さい。
診療情報は診療情報提供書（紹介状）へ記入して下さい。
**（直近のMRI・CT等のフィルムもご持参下さい。）**

《患者様へのご説明》

１．運動について
$^{18}$FDGが筋肉に異常集積を起こしますので、検査の前日及び当日は、**体に負担のかかるような作業や激しい運動**を避けて下さい。

２．食事の注意事項について
検査時間の**６時間前より絶食**して下さい。（飴やガム等も禁止です）
この間、水やお茶など**糖分を含まない飲料**は飲んでいただいてかまいません。
（スポーツドリンクなど糖分を含む飲料を摂取すると$^{18}$FDGの集積が悪くなり正確な検査ができません。）

３．内服薬等について
血糖降下薬並びにインスリン注射の検査当日の使用は中止して下さい。前日インスリン注射を行っている患者様は念のため糖分をご持参下さい。（該当の方は、なるべく午前中の早い時間に検査を行いますので予約の際にお申し出下さい）
心臓病や高血圧等の内服薬は通常通りの内服を行って下さい。

《検査費用の概算》

①保険診療の場合：保険適用の疾患が限られております。詳しくはお問合せ下さい。
②自由診療の場合：保険点数の10割負担です。高額な検査となりますので、必ず患者様の了解を得てからご予約下さい。
料金案内：保険適用の場合……約３万円（３割負担の場合）
保険適用外の場合…約９～10万円

《検査結果報告》

読影レポート及びCDは、後日、郵送及びFAXさせて頂きます。手術日、治療開始日などが決まっている場合は、ご予約の際にご相談下さい。

《注意事項》

１．術後、および放射線治療後の炎症部位にも$^{18}$FDGが集積されますので、PET検査の施行は少なくとも１ヶ月程度の間隔をおくことをお勧めします。
２．PET検査の性質上、キャンセルがないようにご予約の際には、患者様のご意思を確認の上、お願い致します。
止むを得ずキャンセルされる場合は、前日までに必ずご連絡下さい。

A4 ノーカーボン 3×1組（黒発色）（黒刷り） 下2つ穴

名古屋セントラル病院　放射線科
所在地：名古屋市中村区太閤三丁目７番７号

# 名古屋セントラル病院　PET-CT検査依頼伝票

名古屋セントラル病院用

| お名前 | 貴院・科・依頼医師名 |
|---|---|
| 様 | |
| 生年月日　　年　　月　　日 | |
| 電話　（　　）　　－ | 電話　（　　）　　－ |

**検査日：　　月　　日　　曜日　　時　　分**

１時間前に総合受付窓口で受付をして画像診断（D）にお越しください。

《ご予約方法》

電話にて下記の内容をお伝え下さい。
①貴院・科・依頼医師名
②患者様のお名前、生年月日、年齢、電話番号
③臨床診断名
④検査の希望日時

名古屋セントラル病院 地域連携室
052-452-3196

《検査当日持って来て頂くもの》

診療情報提供書（紹介状）、PET検査依頼伝票（本通セントラル病院用）および保険証をお持ち下さい。
診療情報は診療情報提供書（紹介状）へ記入して下さい。
**（直近のMRI・CT等のフィルムもご持参下さい。）**

《患者様へのご説明》

１．運動について
$^{18}$FDGが筋肉に異常集積を起こしますので、検査の前日及び当日は、**体に負担のかかるような作業や激しい運動**を避けて下さい。

２．食事の注意事項について
検査時間の**６時間前より絶食**して下さい。（飴やガム等も禁止です）
この間、水やお茶など**糖分を含まない飲料**は飲んでいただいてかまいません。
（スポーツドリンクなど糖分を含む飲料を摂取すると$^{18}$FDGの集積が悪くなり正確な検査ができません。）

３．内服薬等について
血糖降下薬並びにインスリン注射の検査当日の使用は中止して下さい。前日インスリン注射を行っている患者様は念のため糖分をご持参下さい。（該当の方は、なるべく午前中の早い時間に検査を行いますので予約の際にお申し出下さい）
心臓病や高血圧等の内服薬は通常通りの内服を行って下さい。

《検査費用の概算》

①保険診療の場合：保険適用の疾患が限られております。詳しくはお問合せ下さい。
②自由診療の場合：保険点数の10割負担です。高額な検査となりますので、必ず患者様の了解を得てからご予約下さい。
料金案内：保険適用の場合……約３万円（３割負担の場合）
保険適用外の場合…約９～10万円

《検査結果報告》

読影レポート及びCDは、後日、郵送及びFAXさせて頂きます。手術日、治療開始日などが決まっている場合は、ご予約の際にご相談下さい。

《注意事項》

１．術後、および放射線治療後の炎症部位にも$^{18}$FDGが集積されますので、PET検査の施行は少なくとも１ヶ月程度の間隔をおくことをお勧めします。
２．PET検査の性質上、キャンセルがないようにご予約の際には、患者様のご意思を確認の上、お願い致します。
止むを得ずキャンセルされる場合は、前日までに必ずご連絡下さい。

A4 ノーカーボン 3×1組(黒発色)(黒刷り) 下2つ穴

名古屋セントラル病院　放射線科
所在地：名古屋市中村区太閤三丁目７番７号

# 名古屋セントラル病院　PET-CT検査ご案内

患者様用

| お名前 | 貴院・科・依頼医師名 |
|---|---|
| 様 | |
| 生年月日　　年　　月　　日 | |
| 電話　（　　）　　－ | 電話　（　　）　　－ |

**検査日：　　月　　日　　曜日　　時　　分**

**１時間前に総合受付窓口で受付をして画像診断（D）にお越しください。**

## 《検査当日持って来て頂くもの》

紹介状、フィルム（預かっている方）、保険証

## 《検査前の注意事項》

1．運動について
検査用薬剤が筋肉に異常集積を起こしますので、検査の前日及び当日は、**体に負担のかかるような作業や激しい運動**を避けて下さい。

2．食事の注意事項について
検査時間の**６時間前より絶食**して下さい。（飴やガム等も禁止です）
この間、水やお茶など**糖分を含まない飲料**は飲んでいただいてかまいません。
（スポーツドリンクなど糖分を含む飲料を摂取するとお薬の集積が悪くなり正確な検査ができません。）

3．内服薬等について
血糖降下薬並びにインスリン注射の検査当日の使用は中止して下さい。前日インスリン注射を行っている患者様は念のため糖分をご持参下さい。（該当の方はなるべく午前中の早い時間に検査を行いますが、不安なことがありましたらご相談下さい。）心臓病や高血圧等の内服薬は通常通りの内服を行って下さい。

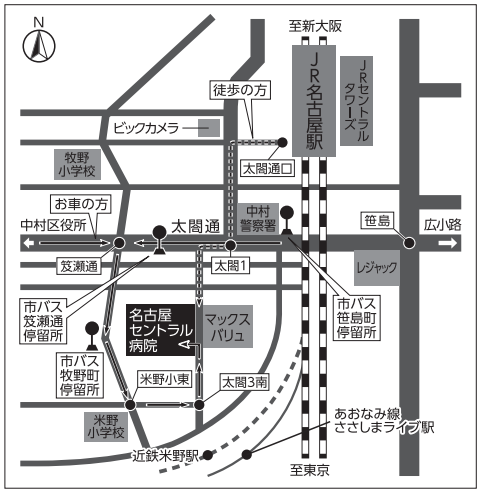
## 《検査費用の概算》

保険適用の疾患が限られております。詳しくは担当医にお問合せ下さい。
料金案内：保険適用の場合……約３万円（３割負担の場合）
　　保険適用外の場合…約９～10万円

## 《検査の流れ》

検査前絶食 ⇒（60分前 来院）⇒ 総合受付 ⇒ 画像診断受付 ⇒（問診）⇒ PETセンター ⇒（飲水）⇒ 薬剤注射 ⇒（排尿 安静 60分）⇒ PET-CT検査 ⇒（安静 30分）⇒ 追加撮影

1．受付後、問診表記入
2．飲水（500㎖）
3．血糖値測定およびPET検査用薬剤（$^{18}$FDG）注射
4．60分間、個室で安静（読書や音楽、スマホ等禁止）
5．排尿後、PET-CT撮影（全身）約30分
（撮影終了後、安静室で待機。更に集積確認のため、追加で撮影する場合があります。）
※受付から終了まで約３時間です。




**交通のご案内**
- JR名古屋駅（太閤通口）から徒歩約10分
- 近鉄米野駅から徒歩約7分
- あおなみ線ささしまライブ駅から徒歩8分
- 名古屋市バス「笹島町」停留所から徒歩約7分
  「茨瀬通」停留所から徒歩3分
  「牧野町」停留所から徒歩約5分

## 《注意事項》

1．お子様連れでの来院はご遠慮下さい。
2．PET-CT検査の検査薬は高価な上、保存ができません。キャンセルがないようにお願い致します。
**止むを得ずキャンセルされる場合は、前日午前中までに必ずご連絡下さい。**

A4 ノーカーボン 3×1組（黒発色）（黒刷り） 下2つ穴


名古屋セントラル病院
電　話：052－452－3165（代表）
所在地：名古屋市中村区太閤三丁目７番７号