

PET検査を受けるにあたって(患者用)

東京女子医科大学病院

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1

TEL:03-3341-5493(直通) FAX:03-5269-7591(直通)

核医学・PET検査室

紹介医療機関の所在地・名称

_____ 病院 _____ 科 (病棟 _____) 外来・入院

医師名 _____

〒 _____

所在地 _____

連絡先TEL _____ (内線 _____)

患者氏名 (ふりがな)	漢字	男・女	患者住所 (市・区・町・村)	〒 _____	_____	(都・道・府・県) 番地	
生年月日 (T, S, H)	年	月	日生 (歳)	自宅TEL	_____	_____	身長: _____ cm
				日中連絡先	_____	_____	体重: _____ kg

日中につながる電話番号(携帯電話等)を必ずご記入ください。

検査予約時間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日(午前・午後 _____ 時 _____ 分)

検査開始時間の30分前に総合外来センター地下1階 核医学・PET検査室まで直接お越し下さい。

■検査当日にご持参頂くもの

本 状

紹介状等、医療機関からの資料

健康保険証

500mlの水、もしくはお茶

■検査当日の食事・飲物について

検査時間が午前の場合：検査当日の朝食は摂らないで下さい。

検査時間が午後の場合：検査当日の食事は検査時間の5時間前までに軽く(通常の半分程度)お済ませ下さい。

(昼食は中止して下さい)

糖制限について(重要)：糖分を含んだもの(食事、飲み物、菓子等)を検査5時間前に摂ると、検査が中止になりますので絶対に摂らないで下さい。糖分を含まない飲物(水、お茶、白湯)はご自由にお摂り下さい。

■内服薬などについて

- 1 心臓病や高血圧等の内服薬は通常通り内服して下さい。
- 2 血糖降下薬ならびにインスリン注射を行なっている方は、検査申し込みの際に、検査当日の薬剤使用について必ずご確認ください。
- 3 前日インスリン注射を行っている場合は、念の為に砂糖をご持参下さい。
- 4 検査当日の血糖値が200mg/dl以上の場合は原則として検査を受ける事ができません。
- 5 心サルコイドーシスで検査を受ける場合、前日からの特別な食事制限があります。必ず検査室までご連絡下さるか、当院ホームページ(<http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/PET>)をご確認下さい。

■その他

- 1 検査の所要時間は通常、開始から終了まで2時間前後かかる予定です。
- 2 検査前日および当日は、激しい運動はさけて下さい。
- 3 検査時間には余裕を持ってお越し下さい。
- 4 当日来院できない場合、検査時間に遅れる場合は、前日の17時まで当院までご連絡下さい。
- 5 機械のトラブルなどで検査時間が延びたり、検査が行えない場合もごさいますのでご了承下さい。
- 6 検査終了後の2時間は、乳幼児、妊産婦との接触をできるだけ控えて下さい。

この検査は、注意事項を厳守して頂かないと実施できないため、検査前日までに確認のお電話をさせて頂いております。電話に出ることができない方は、お手数ですがあらかじめ検査室までご連絡ください。

PET検査室 TEL:03-3341-5493 (月曜日～金曜日 9:00～17:00)

【検査費用】	保険適用の場合 (3割負担の場合)	約30,000円(税込み)
	自費診療の場合	148,320円(税込み)



■最寄りの交通機関

鉄 道

- 都営地下鉄大江戸線 若松河田駅下車 若松口より徒歩4分
- 都営地下鉄大江戸線 牛込柳町駅下車 西口より徒歩4分
- 都営地下鉄新宿線 曙橋駅下車 A2出口より徒歩8分

バ ス

- 新宿駅西口(小田急ハルク前)東京女子医大行バス 東京女子医大終点下車
- 新宿駅西口(小田急ハルク前)三宅坂行バス 東京女子医大前下車
- 東京メトロ東西線 早稲田駅3b出口 馬場下町バス停より
渋谷行バス 東京女子医大前下車
- 東京メトロ丸の内線 四谷三丁目駅2番出口より
早大正門行バス 東京女子医大前下車
- JR山手線 高田馬場駅より九段下行バス 東京女子医大前下車

PET検査紹介・診療情報提供書

東京女子医科大学病院

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1

TEL:03-3341-5493(直通) FAX:03-5269-7591(直通)

核医学・PET検査室

紹介医療機関の所在地・名称

_____ 病院 _____ 科 (病棟 _____)

医師名 _____

〒 _____

所在地 _____

連絡先TEL _____ (内線 _____)

患者氏名 (ふりがな)	患者住所 (市・区・町・村)	〒 _____	(都・道・府・県) 番地
漢 字	男・女		
生年月日 (T, S, H)	年 月 日生 (歳)	自宅TEL _____	身長: _____ cm
		日中連絡先 _____	体重: _____ kg

日中につながる電話番号(携帯電話等)を必ずご記入ください。

PET検査 平成 年 月 日 曜日(午前・午後 時 分)	
検査項目	<input type="checkbox"/> 体幹部FDG <input type="checkbox"/> 脳FDG <input type="checkbox"/> 心臓FDG <input type="checkbox"/> 脳MET その他()
同一月に行われたCT	<input type="checkbox"/> 女子医大であり <input type="checkbox"/> 女子医大以外であり 同一月で行われたガリウムシンチ <input type="checkbox"/> あり
保険適用ありの場合 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス (病名 _____)	保険適用なしの場合 (病名 _____)
臨床経過	病変部シューマ
手術歴 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(時期 年 月) 術式 _____	病理診断 _____
腫瘍マーカー所見、他の検査所見	
PET検査歴 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 女子医大であり(回) <input type="checkbox"/> 他院であり(回)	
ブドウ糖を含んだ点滴使用中	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
移動に介助が必要	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
妊娠中または授乳中	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
ICD使用中	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
仰臥位で20~30分静止できるか	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
空腹時血糖値 _____ mg/dl	糖尿病 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 内服薬() インスリン(単位)

FAX送信先：核医学・PET検査室

03-5269-7591 (直通)