

# 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:03-5269-7531(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 西暦	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 西暦 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時間前から摂ると、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

自費診療の場合 141,255円(税別)



## ■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:03-5269-7531(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 <small>(ふりがな)</small> 漢 字	患者住所 <small>(市・区・町・村)</small> 〒 _____ (都・道・府・県) 番地 _____	男・女	生年月日 西暦 _____ 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 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 曜日(午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分)

検査項目 体幹部FDG 脳FDG 心臓FDG 脳MET その他( \_\_\_\_\_ )

同一月に行われたCT 女子医大であり 女子医大以外であり 同一月で行われたガリウムシンチ 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 無し 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)

東京女子医科大学病院 核医学・PET検査室

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1

TEL03-3341-5493(直通) FAX03-5269-7531(直通)

# 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:03-5269-7531(直通)  
 核医学・PET検査室

紹介医療機関の所在地・名称  
 外来・入院  
 病院 科(病棟)  
 医師名  
 〒  
 所在地  
 連絡先TEL (内線)

患者氏名 <small>(ふりがな)</small> 漢 字	患者住所 <small>(市・区・町・村)</small> 〒	<small>(都・道・府・県)</small> 番地
男・女 生年月日 西暦 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 西暦 年 月 日 曜日(午前・午後 時 分)

検査項目 体幹部FDG 脳FDG 心臓FDG 脳MET その他( )

同一月に行われたCT 女子医大であり 女子医大以外であり 同一月で行われたガリウムシンチ 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 無し 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)

東京女子医科大学病院 核医学・PET検査室

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1

TEL03-3341-5493(直通) FAX03-5269-7531(直通)