

診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書) (心臓サルコイドーシス)

検査日時： 年 月 日 ( ) 時 分

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ( 歳)
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

撮像範囲	頭部～大腿基部 (呼吸同期あり) + 心臓
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 【心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る】 <input type="checkbox"/> 自由診療

糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (注) 150 mg/dl 以上の方は、検査できません。 ※検査当日の糖尿病薬剤は、中止下さい。		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (DPC 対象病院の場合、保険適用外です。)		
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※要介助者の方は、付添が必要となります。		
ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

臨床診断	心臓サルコイドーシス
検査目的	心臓サルコイドーシス
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 [ ] <input type="checkbox"/> 無
臨床経過	
画像所見	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 別紙参照
Ga シンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終日： 年 月) ※同月施行の場合、保険適用外です。
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 ( 年 月) 術式 [ ] <input type="checkbox"/> 化学療法 (最終日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (最終日： 年 月 日)
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 高値 (項目/値： / ) (項目/値： / )

(紹介医療機関名)

〒 - 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_ 科

名 称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

## PET-CT 検査予約票 (心臓サルコイドーシス)

検査日時： 年 月 日 ( ) 時 分

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ( 歳)
電話番号	(自宅) — —	(携帯) — —	— —

### 【検査を受けられる方へ】

●検査予約時間の20分前に「1階・④初診受付」にお越しください。

※当院を2回目以降ご来院の方は、1階・③再診受付になります。

《検査当日の持ち物》

- ① PET-CT 検査予約票 (本紙) ② 診療情報提供書 ③ PET-CT 検査説明書・同意書
- ④ 健康保険証 (各種受給者証等をお持ちの方はご持参ください)
- ⑤ 当院診察券 (お持ちの方のみ)

### 【PET-CT 検査の注意事項】

#### 1. 検査前の食事と飲み物について

●検査予約時間の18時間前から「絶食」してください。

また、最終食事では糖分の含まれている飲物(例ジュース)、炭水化物の含まれる食べ物(例：ご飯、パン)は摂取しないで下さい。

例) ○9時からの場合 : 最終食事は前日15時になります。

○14時検査の場合 : 最終食事は前日20時になります。

なお、お水・お茶 (糖分を含まない) は摂取可能です。

#### 2. 検査前の運動について

- ・検査前日及び当日は、激しい運動や重い物を持つことはしないでください。

#### 3. 検査前の服薬について

- ・通常通りお飲みください。ただし、下剤は服用しないでください。
- ・糖尿病薬、インスリン注射については、検査当日の服用・注射はできません。

#### 4. 検査後について

- ・当日は、乳幼児や妊婦との接触はできるだけ避けてください。
- ・検査当日の授乳はお控えください。

#### 5. 予約の変更・キャンセルについて

- ・遅くとも、検査前日の16時までにご連絡ください。

ただし、検査が月曜日の場合は、前週の金曜日の16時までにお願ひします。

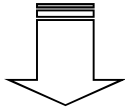
※無断キャンセル等については、薬剤費をご負担いただく場合があります。

お問合せ先：医療連携室 (直通) 03-5343-5765



# PET-CT 検査当日の流れ

受付 1階・④初診又は③再診



① 検査受付・地下1階

「アイソトープ検査室」にお越し下さい。

② 更衣

検査着に着替えて頂きます。

③ 血糖・身体測定

検査前に身長・体重、血糖を測定します。



④ 注射

検査薬 (FDG) を静脈注射します。



⑤ 飲水・安静 (約90分)

余分な FDG を尿と共に体外へ排出するため、お水を飲んで頂きます。  
(お水はご用意しております)

※トイレには何度でも行けます。

⑥ 排尿

検査の直前に排尿して頂きます。

※男性の方も便座に座って排尿して下さい。  
(薬剤の飛散防止のため)



⑦ 撮影

約40分です。

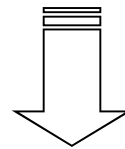


⑩ 検査後、休憩 (約30分)

体内のお薬が排出されるまでお休みください。

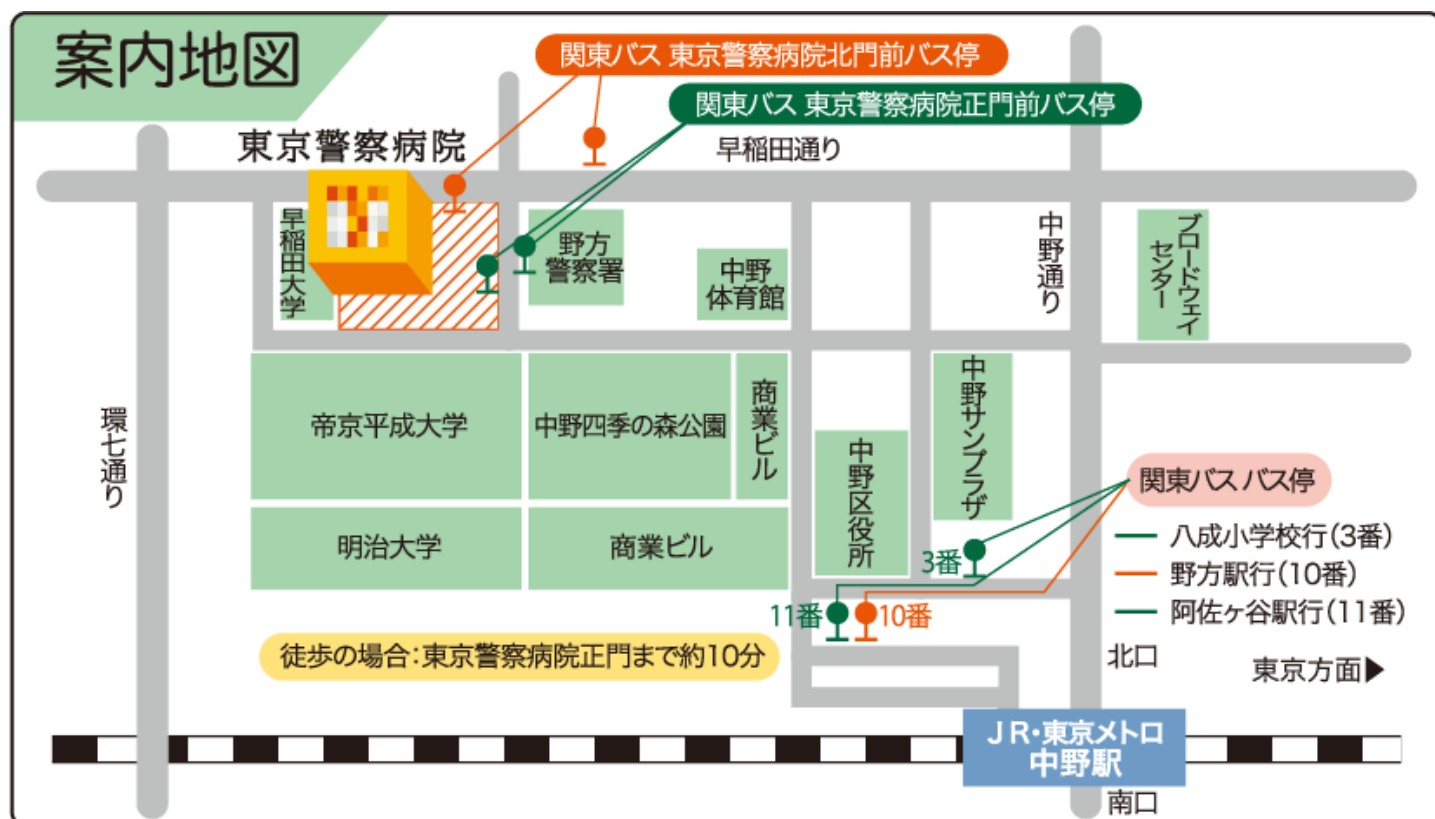
お会計

1階・①計算にファイルをお出し頂き、自動精算機にてお支払い下さい。



ご帰宅

# 東京警察病院 アクセスマップ



## 交通アクセス

【徒歩】中野駅北口より東京警察病院正門まで10分

【バス】中野駅北口より関東バス

- ・ 3番のりば (八成小学校行き) 「東京警察病院正門前」下車
- ・ 10番のりば (野方駅行き) 「東京警察病院北門前」下車
- ・ 11番のりば (阿佐ヶ谷駅行き) 「東京警察病院正門前」下車

## お車によるアクセス

○駐車場について (屋外駐車場: 84台)

- ・ 一般料金: 200円/30分
- ・ 受診者料金: 100円/30分



〒164-8541 東京都中野区中野4-22-1

TEL: 03-5343-5611 (代表)

FAX: 03-5343-5761

URL: <http://www.keisatsubyoin.or.jp/>

