

PET検査予約申込書

ID: _____ 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|----------------------|---|---|------|-----|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | | | 年 | 月 | 日 | ()歳 | 男・女 | | |
| 住所 | 〒 _____ - _____ | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 () _____ - _____ | | | 携帯 () _____ - _____ | | | | | | |
| FAX番号 | () _____ - _____ | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | () _____ - _____ | | | 続柄 () _____ | | | | | | |
| 希望コース | <input type="checkbox"/> PET/CTコース (PET/CT単独コース) <input type="checkbox"/> スタンダードコース (がん検査の標準的コース) <input type="checkbox"/> スタンダード・レディースコース (がん検査の女性向け標準的コース) <input type="checkbox"/> エグゼクティブコース (がん以外の疾患も視野に入れた総合コース) <input type="checkbox"/> マンモPETコース (乳房専用PETコース) | | | | | | | | | |
| オプション検査 | <input type="checkbox"/> 喀痰(細胞診) <input type="checkbox"/> アミノゲッス <input type="checkbox"/> ムックスゲッス <input type="checkbox"/> CTファットマップ <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> 骨密度測定 | | | | | | | | | |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 投薬なし) | | | | | | | | | |
| ペースメーカー 体内除細動器 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (メーカー名: _____) (機種: _____) | | | | | | | | | |
| 身長・体重 | 身長: _____ cm | | 体重: _____ kg | | | | | | | |
| お申込み について | <input type="checkbox"/> ご紹介: ご紹介者氏名 (_____) 企業・団体名 (_____) ご紹介カード利用: 有・無 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 商工会議所・商工会名 (_____) | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ホームページ | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 過去の受診歴 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | | | | | | |

※ 検診日は月曜日～金曜日になります。
 コース・オプションによって予約可能曜日が異なります。
 詳しくはお電話にてお問い合わせください。

《以下は当院使用欄のため記入しないでください》

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|--------|----|----|----|-----------|----|----|----|--|
| 検査日(決定) | | | | | | | 第 _____ 枠 | | | | |
| | 月 | 日 | (曜日) | 時 | 分 | ～ | コース | | | | |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | |
| | | | | | | | | | | | |

体内金属: 無・有(部位: _____) 閉所恐怖症: 無・有 事前書類出し _____ 月 _____ 日
 アートメイク: 無・有 刺青: 無・有 抗凝固剤内服: 無・有 % 健康調査票 _____ 月 _____ 日

医療法人聖比留会 セントヒル病院 「セムイPET・画像診断センター」

FAX 0836-54-0221

フリーダイヤル 0120-169-984 TEL 0836-51-5111

〒755-0155 山口県宇部市今村北3丁目7番18号

検査を受けられる方へのお願い事項(重要)

(検査予約の際、お知らせ頂きたい事)

- 心臓ペースメーカーが体内にある方はMRI検査を受けることができません。また、体内に金属がある方やタトゥー(入れ墨)や**アートメイク**をされている方はMRI検査を受けることができない場合がありますので、お知らせ下さい。
- 糖尿病の方はPET/CT検査の画像に大きく影響がある場合があります。
- 薬、食べ物に過敏な方
- 妊娠の可能性のある方
- 授乳中の方

(糖尿病の方へ)

- 糖尿病の薬(内服薬・インスリン)はPET検査の薬剤(FDG)の体内分布に影響します。検査前5時間は使用を中止してください。
- 検査当日、血糖値が200mg/dl以上の場合、正確な診断が期待できない場合があります。

(飲食について)

- 検査前の5時間は絶食が必要です。水、お茶は構いませんが糖分を含んだジュースや**飴、ガム**等は検査に影響しますのでお控え下さい。
- アミノインデックスのオプション検査を申し込まれた場合は、検査前の8時間は水以外は摂らないようにしてください。検査前日の夕食も、肉・魚などの高タンパク質の食事は摂りすぎないようにしてください。

(その他の注意事項)

- 検査前日・・・前日および当日の激しい運動、カラオケ、重い荷物を持つ等の筋肉に負担のかかることは避けて下さい。
- 検査当日・・・その日に必要な高価な薬剤(FDG)を合成しますので、予約日変更やキャンセルは、必ず前日の正午までにご連絡下さい。
- 高精度な装置により検査を実施しております。予防保守を行っておりますが、万一の故障の場合、時間通りに検査できない場合がありますのであらかじめご了承下さい。