

1. 検査予約

検査予約は電話(PET総合画像診断センター直通 0773-23-6650)で承ります。

予約受付時間 月～金9:00～17:00(祝祭日、年末年始を除く)、土9:00～12:30

裏面の《18FDG-PET/CT当院で撮影可能な保険適応疾患》をご参照ください。

* 原則として、植込み型除細動器(ICD)を装着されている方、鎮静が必要な方、20分静止できない方、および妊産婦の方の検査はお受けしておりません。何卒ご了承ください。

2. 診療情報提供書の作成

① 診療情報提供書(2枚目)をご記入ください。

(紹介元医療機関及び主治医名を必ずご記入ください)

* 撮像範囲の追加をご希望される場合は、その理由と撮像範囲をご記入ください。その内容により当院医師の判断で撮像範囲を決定しますのでご了承ください。

② 当日中に、診療情報提供書(2枚目)をFAXにてご送信ください。

(FAX 0773-23-6653 PET総合画像診断センター)

③ 診療情報提供書(2枚目)を封筒に入れて患者様にお渡しください。

3. 患者様への説明及び準備

① PET/CT検査の必要性および目的についてご説明ください。

② PET/CT検査予約票(4枚目)に記載されている「検査についての注意事項」をご説明ください。尚、参考資料として画像データ(CT・MRI等)をお貸しいたしますようお願いいたします。

● 患者様にお渡しいただくもの

- 診療情報提供書 PET/CT検査予約票 PET/CT検査問診票・検査同意書
参照画像 算定入院基本料等の情報提供書(入院中の場合)

● 結果通知

- ① PET/CT検査結果は、後日先生宛に診療情報提供書とPET/CT画像データ及びおあずかりしました参照画像データを郵送いたします。(およそ3～4日かかります)
- ② 当院医師から患者様への検査結果の説明はいたしません。

● 検査費用

- ① 保険適応の場合、3割負担の方で約30,000円です(検査内容により費用が異なる場合がございます)。
- ② 保険適応外と判断された場合、料金は全額自己負担となります。

PET/CT検査、及び手順についてご不明な点は、下記のPET総合画像診断センターまでお問い合わせください。



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター

〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38

TEL 0773-23-6650(予約直通)

FAX 0773-23-6653

《18FDG-PET/CT当院で撮影可能な保険適応疾患》

悪性腫瘍 (早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
心サルコイドーシス	炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。

上記に該当しない場合やその他ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく、PET総合画像診断センターまでお問い合わせください。



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター
〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

診療情報提供書

(FAX及び患者様用) 2

紹介元医療機関名

医療法人福富士会 京都ルネスクリニック

電話番号

PET総合画像診断センター宛

診療科

科

紹介医お名前

印

予約日時	平成	年	月	日()	午前 / 午後	時	分
ふりがな							
患者様お名前				様	性別	男・女	
生年月日		M・T・S・H	年	月	日()	歳	
患者様住所(〒 -)							
電話番号 ご自宅:				携帯電話:			

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

前回PET検査歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	前回検査日	平成	年	月	日
撮像範囲	撮像範囲は頭頂部～大腿基部までとなります。 *撮像範囲にご希望のある場合は撮像範囲とその理由を必ずご記入ください。					
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺 癌	<input type="checkbox"/> 乳 癌	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌()	
	<input type="checkbox"/> 膵 癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	
	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> その他()		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 他() 注)良悪鑑別は保険適応外となります。					
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施している()					<input type="checkbox"/> 実施していない
腫瘍マーカー						
臨床経過・検査目的 等						
手術歴						
	年	月	術式			
	年	月	術式			

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(mg/dl)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異()
20分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター
〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

診療情報提供書 (控)

(紹介元医療機関用) 3

紹介元医療機関名

医療法人福富士会 京都ルネスクリニック

電話番号

PET総合画像診断センター宛

診療科

科

紹介医お名前

印

予約日時	平成	年	月	日()	午前 / 午後	時	分
ふりがな							
患者様お名前				様	性別	男・女	
生年月日		M・T・S・H	年	月	日()	歳	
患者様住所(〒 -)							
電話番号 ご自宅:				携帯電話:			

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

前回PET検査歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	前回検査日	平成	年	月	日
撮像範囲	撮像範囲は頭頂部～大腿基部までとなります。 *撮像範囲にご希望のある場合は撮像範囲とその理由を必ずご記入ください。					
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺 癌	<input type="checkbox"/> 乳 癌	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌()	
	<input type="checkbox"/> 膵 癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	
	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> その他()		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 他() 注)良悪鑑別は保険適応外となります。					
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施している()					<input type="checkbox"/> 実施していない
腫瘍マーカー						
臨床経過・検査目的 等						
手術歴						
	年	月	術式			
	年	月	術式			

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(mg/dl)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異()
20分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター
〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38
TEL 0773-23-6650(予約直通)
FAX 0773-23-6653

検査当日は予約時間の15分前までに京都ルネスクリニック1階受付にお越しください。

予約日時	平成	年	月	日()	午前 / 午後	時	分
ふりがな							
患者様お名前				様	性別	男・女	
生年月日		M・T・S・H	年	月	日()	歳	

〈検査当日ご持参いただくもの〉

- 健康保険証並びに各種受給者証
- PET/CT検査予約票(本紙)
- PET/CT検査問診票・検査同意書
- 主治医から預けられた診療情報提供書及び画像データ(CT・MRI等)
- 算定入院基本料等の情報提供書(入院中の場合)

検査についての注意事項(必ず検査前日にもう一度ご確認ください。)

*** 下記の内容が守られていない場合は検査が中止になる場合があります。**

1. 検査前6時間は絶食でお越しください。
* ただし心サルコイドーシスの診断は12時間の絶食が必要になります。 医師の指示に従ってください。
検査時間が午前の方は、当日の朝食は摂らないでお越しください。(ガム、飴などを含む)
水や白湯・緑茶は飲んでいただいてもかまいませんが、糖分を含む飲み物等は摂らないでください。
2. 検査前に運動(ランニング、長時間の歩行など)はしないでください。
3. 糖尿病の薬(インスリン注射・糖尿病内服薬)は検査当日朝から検査終了まで中止してください。
検査前日・当日の下剤の服用は控えてください。それ以外の薬の服用に関してなど詳しくは主治医の指示に従ってください。
4. 糖尿病で治療中の方は、検査当日のお薬の使用について必ず主治医にご相談ください。
5. 妊娠中またはその疑いのある方、授乳中の方は検査できません。
6. 検査時間は約2~3時間ですが、内容によって所要時間は異なります。
7. 検査はすべて予約制になっておりますので、時間に余裕をもってご来院ください。
8. PET/CT検査は、高価な薬剤を検査日時に合わせて当院で製剤いたします。当日の予約時間に遅れたり、来られない場合、薬剤が無駄になってしまいます。もしキャンセルされる場合は必ず3日前までにご連絡ください。



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター

〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38

TEL 0773-23-6650(予約直通)

FAX 0773-23-6653