

※ 診察予約の際には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

To 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター
FAX : (06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

《 核医学検査 》 予約依頼票

申込日 _____ 年 月 日

【依頼元】 医療機関名： _____ 診療科： _____
 医 師 名： _____
 所 在 地： _____
 TEL： _____ FAX： _____

患者様の予約回答待ち状況 <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅されている
--

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大 年 月 日	男 女
	(旧姓)		昭・平・令 (歳)	
住 所 電話番号	〒 - - Tel. - -			
紹介目的	次項の「検査前のチェックリスト」記入の上、同時提出を！ 依頼内容・撮影部位（病名・病状）等の紹介目的を下記に記載ください。 ----- ----- ----- -----			
当院への受診歴	(有・無) 受診科； _____ 診察券番号； _____ - -			
希望受診日	① 月 日、 ② 月 日、 ③ 月 日 or 希望曜日(曜日)			

検査予約の場合： 次項の依頼項目にチェックください

※ 診察予約の場合には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

検査前のチェックリスト（必須！ 予約時に同時 FAX 提出）

患者氏名： _____

核医学検査

検査項目；（ 腫瘍 PET-CT 検査（ 頭部～骨盤部 頭部～足）
（ 甲状腺シンチ、 骨シンチ、 Ga シンチ ）

身長 _____ cm 体重 _____ kg

・女性の場合は以下を確認ください

妊娠の可能性（禁忌） あり なし

* 妊娠中は原則として核医学検査は行いません。

・ペースメーカー・ICD・CRTD（除細動機能付き） あり なし

* ペースメーカーの一部機種では、撮影範囲に含まれると誤動作する可能性があります。
患者様に検査時ペースメーカー手帳を持参させるようご指導ください。
機種が確認できない場合は、本体部分を除いて撮影します。

・糖尿病 あり なし

※腫瘍 PET-CT 検査は悪性腫瘍（早期胃がんを除く）の診断を目的としています。

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が対象です。

※腫瘍 PET-CT 検査を依頼される場合は以下の項目をチェックしてください。

注意！ すべてにチェックが無い場合は、保険診療による受診ができませんので
お断りします。

- スクリーニング目的ではない。
- 早期胃がんを除く悪性腫瘍の病期診断または転移・再発の診断である。
- 病期・転移・再発の診断で行う PET-CT 検査について、事前に画像診断、その他の検査による精査が施行されている。
- 病期診断による確定診断が得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている場合の病期診断目的である。
- 化学療法や放射線治療の効果判定ではない。
- 再発を疑う強い所見がない定期的な経過観察ではない。
- 同一月内にガリウムシンチグラフィが施行されていない。

* 折り返し、FAX にて「予約回答書」、「検査申込書」などの必要書類を返信させていただきます。
受付時間：《平日》午前8時45分～午後7時30分、《土曜日》午前8時45分～正午
《日曜日・休日》受け業務なし TEL: (06)6480-7720（直通）
なお、FAX は 24 時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応となります。

* 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：診療情報提供書」をご持参ください。

* 外来診察予約の場合には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！