

(医師記入→FAX→郵送又は患者持参)

# 放射線科用 診療情報提供書

(CT・MRI・PET-CT検査依頼書)

鹿児島市立病院 放射線科 電話受付 宛

令和 年 月 日

☎ ①080-2729-9848 ②080-8596-4391

Fax 099-230-7112(直通)

紹介元	医療機関名		診療科	
	住所	〒	電話番号	
	医師名		FAX番号	
依頼検査	検査名 (目的・部位 造影の有無等)	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) / <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) / <input type="checkbox"/> PET-CT (検査の主体となる部位を記入)		
	検査日	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
フリガナ		生年月日(和暦・西暦)	年齢	性別
患者氏名		年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒	電話番号	本人・続柄( )	
			必ず連絡可能な番号の記入を!	
主訴又は病名				
紹介目的 ・ 経過				
留意事項	各医療機関の様式をご利用いただいても結構です。 情報提供書別紙(有・無)			
	体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位 ( <input type="checkbox"/> MRI対応 )			
	薬剤アレルギー ( )			
	その他 ( )			
eGFR	造影の場合、3ヶ月以内のデータ mg/dl 令和 年 月 日			
心臓CT検査	・βブロッカの使用 ( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 )			
チェック欄	・血管拡張剤(ニトログリセリン舌下)の使用( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 )			
紹介用画像	・CD-ROM ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )			

- 当日ご来院時に、1階総合受付まで来て頂きますようお願い致します。
- 造影検査に際し、eGFRの検査をご希望の場合、検査開始90分前にご来院いただけますようお願い申し上げます。
- 検査前確認事項

現在状況	外来・入院	糖尿病	無・有(空腹時血糖 mg/dl)
20分静止	可能・不可能(静止法 )	感染症	無・有( )
移動方法	歩行・杖・車イス・( )	妊娠可能性	無・有
移動	介助不要・要介助	病状告知	無・有( )
排尿	介助不要・要介助(オムツ・パルーン)	ペースメーカー	無・有
その他の留意点・必要な処置等			

[原則、当院より患者様への結果説明はいたしません。必要な場合は、その旨をご連絡ください。]

※お電話にて予定日の決定後、必要事項をご記入の上この用紙を

「放射線科 電話予約宛」へFAX送信してください。 FAX099-230-7112

ファックス後この用紙をお手元に保管してください。

# PET保険適用疾患一覧

令和2年4月1日以降

	ポジトロン断層撮影 (PET 検査)	ポジトロン断層・コンピューター断層 複合撮影(PET/CT 検査)
1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。	
2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断(他の検査で判断のつかない場合に限る。), 心サルコイドーシスの診断(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。)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。	/
3. 悪性腫瘍(早期胃癌を除き, 悪性リンパ腫を含む。)	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。	
4. 炎症性疾患 (高安動脈炎等の大型血管炎)	他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する	

- ・保険診療にあつては、診療報酬に規定された適用にのみ用いる。
- ・保険診療の適用に該当しない疾患では臨床研究、あるいは自由診療として行う。
- ・混合診療は禁止されているので注意する。

### 3. 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)

- 治療前の病期診断
- 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断。たとえば術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における術前の病期診断、等
- 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断
- 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合
- 悪性リンパ腫の治療効果判定

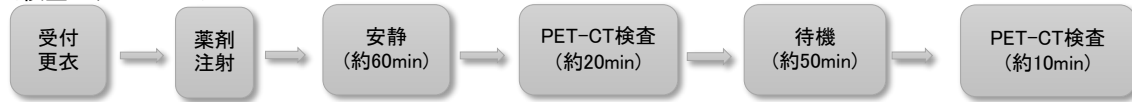
FDG PET, PET/CT 診療ガイドライン2020 日本核医学会 2020年8月より

## PET-CT検査についての説明書

### 1) FDG-PET/CT検査とは

- ・検査では、ブドウ糖に放射性同位元素をつけた<sup>18</sup>F-FDG(フルオロデオキシグルコース)という薬を静脈注射し、約1時間安静にした後、PET-CT装置で約20分撮像を行います。撮像中は安静に寝ただけで終わります。
- ・検査受付～終了までの所要時間は**約2時間30分から3時間**です。検査の目的などにより変わる場合があります。

<検査スケジュール>



### 2) 検査の安全性と危険性

- ・検査ではFDGという検査薬を使用しますが、この薬による重篤な副作用の報告はありません。
- ・PET-CT装置では、病変の位置を正確に知ることが可能になり、より精度の高い診断を得ることができますが、被ばく線量がCTによる被ばくも加わり、約7～8mSv(ミリシーベルト)となります。他の検査(胃バリウム検査、CT検査)より少し多いですが医学的に問題はないとされています。

### 3) 検査の限界及び適用

- ・FDGを用いたPET-CT検査では多くの病気を検出できますが、1cm以下の小さな病変は見つかりにくいことがあります。
- ・保険適用される疾患・条件が定められており、条件に合わない場合は検査代が自己負担となる場合があります。

### 4) 検査時の注意事項

- ・検査の**5時間前**から絶食して下さい。ただし、**糖分を含まない**お茶やお水は飲んでいただいても問題ありません。
- ・検査前日と当日(検査前)の激しい運動(長時間の歩行など)は控えて下さい。
- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方は、検査ができませんのでご了承ください。
- ・検査当日は乳幼児や妊婦との接触はできる限り避けてください。(検査終了後、約10時間)
- ・PET-CT検査では医療者が介助につくことは出来ません。お一人での移動、待機、更衣、トイレでの排泄が困難な方についてはご家族の付添が必要です。

### 5) 検査機器トラブル及び検査薬輸送トラブルについて

- ・検査機器の日常点検、保守点検、また検査薬の輸送体制には万全を期しておりますが、万一機器トラブルや輸送中の事故などの際は検査ができなくなる場合があります。その場合、検査日時の変更をお願いすることがあります。又、検査薬の到着が遅延し検査開始時刻が遅くなる場合があります。それらの際には、ご了承いただけますようお願い申し上げます。

### 6) 検査キャンセルにおける費用負担について

- ・検査をキャンセルされる場合は、**検査前日の12:00**までにご連絡ください。(平日のみ / 連絡先: 予約診療科) それ以降のキャンセル及び予約変更は、キャンセル料を請求させていただく場合がございます。

説明日 :       年       月       日

説明者(直筆)

患者ID

患者氏名

様

## PET-CT検査予約票

### <予約日時>

年 月 日 ( ) 時 分

下記の注意事項をよくお読みの上、上記予約時間までに病院にお越しください。よろしくお願いたします。

#### 検査における注意事項

**・検査における絶食について**

正確な検査を行うため**検査前5時間**の絶食(アメやガムも不可)をお願いします。  
(**糖分を含まない**お茶やお水、白湯は飲んでいただいて結構です。)

**・運動制限について**

検査前日および当日は激しい運動(長時間の歩行、ジョギングなど)はしないようにしてください。

**・お薬の内服について**

糖尿病の血糖降下薬やインスリン注射は原則として検査当日は中止していただきます。  
絶食中ですが、上記以外の普段お使いのお薬(常用薬: 高血圧や心臓病などの治療薬)は服用していただいても問題ありません。  
その他、ご不明な点はあらかじめ主治医にご確認ください。

**・検査当日の飲み物及び服装について**

検査薬投与後、安静時に水分を摂ってもらう必要があるため、500mL程度の水及び糖分の入っていないお茶をご準備いただき、検査当日お持ちになってください。  
服装は金属がついていない服装でお越しください。金属がある場合は検査着に着替えていただきます。

**・付き添いについて**

PET-CT検査では医療者が介助につくことはできません。お一人での移動、待機、更衣、トイレでの排泄などが困難な方につきましては、安全な検査遂行のためご家族の付き添いをお願いしております。

**・検査2日前の連絡について**

高額な検査のため、予約日及び注意事項等のリマインド(再確認)目的で、検査2日前に同意書に記載された連絡先へショートメールまたは電話で連絡いたします。  
連絡の要不要、連絡方法については同意書で選択してください。  
予約票の内容を再度しっかり確認していただき、当日予約時間までにご来院ください

**・キャンセルおよび予約変更について**

**検査前日の12:00まで**に下記連絡先までご連絡ください。  
(月曜日検査の方は前週の金曜日の12:00となります。)

【連絡先(平日のみ)】 鹿児島市立病院 〒 890-8760 鹿児島市上荒田町37-1

放射線科予約受付 : ①080-2729-9848 ②080-8596-4391

患者ID

患者氏名

## PET-CT検査同意書

鹿児島市立病院長 殿

私は、PET-CT検査における別紙内容について説明を受け、説明書を読んだうえで検査を受けることに

同意します

同意しません

検査予定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者(患者本人 自筆)

代筆者

患者本人との関係

連絡先

※希望される方には再確認の目的で検査2日前に連絡いたします  
※日中連絡がとれる電話番号(携帯など)をお書きください

2日前連絡の方法

電話で  SMS(ショートメール)で  連絡不要

代諾者

代諾者住所

連絡先

(\* 日中連絡がとれる電話番号(携帯など))

検査を受ける人との続柄

患者ID		氏名		性別		生年月日	
------	--	----	--	----	--	------	--

## PET-CT検査問診票

ご記入日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・これまでにFDG-PET検査を受けたことがありますか? はい ・ いいえ

いつ頃で、それはどこの病院ですか? ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_ 病院)

・今までにかかった病気やケガがありますか? はい ・ いいえ

『はい』の場合、ご記入下さい。(例: 肺がんなどの腫瘍、結核、盲腸、骨折、ポリープなど)

・体内に手術やケガで金属がありますか? (例: 脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカーなど)

\_\_\_\_\_ ある (何が: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・最近(6ヶ月以内)のケガ(外傷、動物による噛み傷、かき傷、刺し傷など)、打撲、転倒などがありますか?

\_\_\_\_\_ はい (いつ: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・最近(3ヶ月以内)の注射(筋肉、ワクチン接種、予防接種(特にインフルエンザ)など)をされましたか?

\_\_\_\_\_ はい (いつ: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・どこかに体の痛みはありますか?

\_\_\_\_\_ はい (どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・人工肛門、腎瘻などがありますか? はい ・ いいえ

・自己導尿はありますか? はい ・ いいえ

### ＜糖尿病についてお聞きします＞

糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか? はい ・ いいえ

『はい』の方に伺います。現在の治療法について該当するのはどれですか?

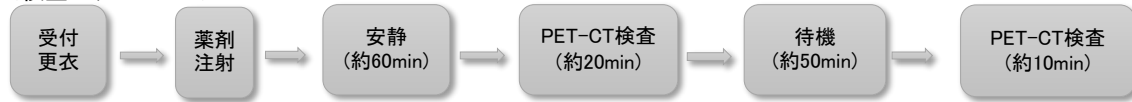
\_\_\_\_\_ 未治療 ・ 食事療法 ・ 内服薬( \_\_\_\_\_ ) ・ インスリン注射

## PET-CT検査についての説明書

### 1) FDG-PET/CT検査とは

- ・検査では、ブドウ糖に放射性同位元素をつけた<sup>18</sup>F-FDG(フルオロデオキシグルコース)という薬を静脈注射し、約1時間安静にした後、PET-CT装置で約20分撮像を行います。撮像中は安静に寝ただけで終わります。
- ・検査受付～終了までの所要時間は**約2時間30分から3時間**です。検査の目的などにより変わる場合があります。

<検査スケジュール>



### 2) 検査の安全性と危険性

- ・検査ではFDGという検査薬を使用しますが、この薬による重篤な副作用の報告はありません。
- ・PET-CT装置では、病変の位置を正確に知ることが可能になり、より精度の高い診断を得ることができますが、被ばく線量がCTによる被ばくも加わり、約7～8mSv(ミリシーベルト)となります。他の検査(胃バリウム検査、CT検査)より少し多いですが医学的に問題はないとされています。

### 3) 検査の限界及び適用

- ・FDGを用いたPET-CT検査では多くの病気を検出できますが、1cm以下の小さな病変は見つかりにくいことがあります。
- ・保険適用される疾患・条件が定められており、条件に合わない場合は検査代が自己負担となる場合があります。

### 4) 検査時の注意事項

- ・検査の**18時間前**から絶食して下さい。ただし、**糖分を含まない**お茶やお水は飲んでいただいても問題ありません。
- ・検査前日と当日(検査前)の激しい運動(長時間の歩行など)は控えて下さい。
- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方は、検査ができませんのでご了承ください。
- ・検査当日は乳幼児や妊婦との接触はできる限り避けてください。(検査終了後、約10時間)
- ・PET-CT検査では医療者が介助につくことは出来ません。お一人での移動、待機、更衣、トイレでの排泄が困難な方についてはご家族の付添が必要です。

### 5) 検査機器トラブル及び検査薬輸送トラブルについて

- ・検査機器の日常点検、保守点検、また検査薬の輸送体制には万全を期しておりますが、万一機器トラブルや輸送中の事故などの際は検査ができなくなる場合があります。その場合、検査日時の変更をお願いすることがあります。又、検査薬の到着が遅延し検査開始時刻が遅くなる場合があります。それらの際には、ご了承いただけますようお願い申し上げます。

### 6) 検査キャンセルにおける費用負担について

- ・検査をキャンセルされる場合は、**検査前日の12:00**までにご連絡ください。(平日のみ / 連絡先: 予約診療科) それ以降のキャンセル及び予約変更は、キャンセル料を請求させていただく場合がございます。

説明日 :       年       月       日

説明者(直筆)

患者ID

患者氏名

様

## PET-CT検査予約票

### <予約日時>

年 月 日 ( ) 時 分

下記の注意事項をよくお読みの上、上記予約時間までに病院にお越しください。よろしくお願いいたします。

#### 検査における注意事項

##### ・検査における絶食について

正確な検査を行うため**検査前18時間**の絶食(アメやガムも不可)をお願いします。  
(**糖分を含まない**お茶やお水、白湯は飲んでいただいて結構です。)

##### ・運動制限について

検査前日および当日は激しい運動(長時間の歩行、ジョギングなど)はしないようにしてください。

##### ・お薬の内服について

糖尿病の血糖降下薬やインスリン注射は原則として検査当日は中止していただきます。  
絶食中ですが、上記以外の普段お使いのお薬(常用薬: 高血圧や心臓病などの治療薬)は服用していただいても問題ありません。  
その他、ご不明な点はあらかじめ主治医にご確認ください。

##### ・検査当日の飲み物及び服装について

検査薬投与後、安静時に水分を摂ってもらう必要があるため、500mL程度の水及び糖分の入っていないお茶をご準備いただき、検査当日お持ちになってください。  
服装は金属がついていない服装でお越しください。金属がある場合は検査着に着替えていただきます。

##### ・付き添いについて

PET-CT検査では医療者が介助につくことはできません。お一人での移動、待機、更衣、トイレでの排泄などが困難な方につきましては、安全な検査遂行のためご家族の付き添いをお願いしております。

##### ・検査2日前の連絡について

高額な検査のため、予約日及び注意事項等のリマインド(再確認)目的で、検査2日前に同意書に記載された連絡先へショートメールまたは電話で連絡いたします。  
連絡の要不要、連絡方法については同意書で選択してください。  
予約票の内容を再度しっかり確認していただき、当日予約時間までにご来院ください

##### ・キャンセルおよび予約変更について

**検査前日の12:00まで**に下記連絡先までご連絡ください。  
(月曜日検査の方は前週の金曜日の12:00となります。)

【連絡先(平日のみ)】 鹿児島市立病院 〒 890-8760 鹿児島市上荒田町37-1

放射線科予約受付 : ①080-2729-9848 ②080-8596-4391



患者ID

患者氏名

## PET-CT検査同意書

鹿児島市立病院長 殿

私は、PET-CT検査における別紙内容について説明を受け、説明書を読んだうえで検査を受けることに

同意します

同意しません

検査予定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者(患者本人 自筆)

代筆者

患者本人との関係

連絡先

※希望される方には再確認の目的で検査2日前に連絡いたします  
※日中連絡がとれる電話番号(携帯など)をお書きください

2日前連絡の方法

電話で  SMS(ショートメール)で  連絡不要

代諾者

代諾者住所

連絡先

(\* 日中連絡がとれる電話番号(携帯など))

検査を受ける人との続柄

患者ID		氏名		性別		生年月日	
------	--	----	--	----	--	------	--

## PET-CT検査問診票

ご記入日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (できる限り検査前日にお書きください)

・これまでにFDG-PET検査を受けたことがありますか? \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ

いつ頃で、それはどこの病院ですか? ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_ 病院)

・今までにかかった病気やケガがありますか? \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ

『はい』の場合、ご記入下さい。(例: 肺がんなどの腫瘍、結核、盲腸、骨折、ポリープなど)

・体内に手術やケガで金属がありますか? (例: 脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカーなど)

\_\_\_\_\_ ある (何が: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・最近(6ヶ月以内)のケガ(外傷、動物による噛み傷、かき傷、刺し傷など)、打撲、転倒などはありますか?

\_\_\_\_\_ はい (いつ: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・最近(3ヶ月以内)の注射(筋肉、ワクチン接種、予防接種(特にインフルエンザ)など)をされましたか?

\_\_\_\_\_ はい (いつ: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・どこかに体の痛みはありますか?

\_\_\_\_\_ はい (どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・人工肛門、腎瘻などはありますか?

\_\_\_\_\_ はい ・ いいえ

・自己導尿はありますか?

\_\_\_\_\_ はい ・ いいえ

### ＜糖尿病についてお聞きします＞

糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか? \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ

『はい』の方に伺います。現在の治療法について該当するのはどれですか?

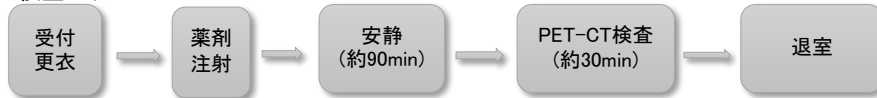
\_\_\_\_\_ 未治療 ・ 食事療法 ・ 内服薬( \_\_\_\_\_ ) ・ インスリン注射

## アミロイドPET検査についての説明書

### 1) アミロイドPET検査とは

- ・アミロイドPET検査では、脳内のアミロイドβプラークを可視化できるピザミルという放射性医薬品を静脈注射し、90分安静にした後、PET-CT装置で約30分撮像を行います。撮像中は安静に寝てるだけで終わります。
- ・検査受付～終了までの所要時間は**約2時間30分から3時間**です。

<検査スケジュール>



### 2) 検査の安全性と危険性

- ・検査ではピザミルという検査薬を使用します。この薬で通常、気分が悪くなることはありませんが、ごくまれな重大な副作用としてアナフィラキシーショックが0.2% (1例/500例) 報告されています。その他、1～5%未満で紅潮、血圧上昇、悪心、胸部の不快感、0.5～1%未満で頭痛や浮動性めまいが報告されています。
- ・PET-CT装置では、脳内のアミロイドβプラークの状態を知ることで、精度の高い診断が可能です。CTによる被ばくも加わり、被ばく線量が約8mSv(ミリシーベルト)となります。他の検査(胃バリウム検査、CT検査)より少し多いですが医学的に問題はないとされています。

### 3) 検査の限界及び適用

- ・アミロイドPET検査では高い精度で診断が可能です。脳アミロイド血管症で疑陽性、アミロイドβプラークがまばらな症例などで疑陰性が報告されています。
- ・保険適用される疾患・条件が定められており、条件に合わない場合は検査代が自己負担となる場合があります。

### 4) 検査時の注意事項

- ・検査前日と当日(検査前)の激しい運動(長時間の歩行など)は控えて下さい。
- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方は、検査ができませんのでご了承ください。
- ・検査当日は乳幼児や妊婦との接触はできる限り避けてください。(検査終了後、約10時間)
- ・PET-CT検査では医療者が介助につくことは出来ません。お一人での移動、待機、更衣、トイレでの排泄が困難な方についてはご家族の付添が必要です。

### 5) 検査機器トラブル及び検査薬輸送トラブルについて

- ・検査機器の日常点検、保守点検、また検査薬の輸送体制には万全を期しておりますが、万一機器トラブルや輸送中の事故などの際は検査ができなくなる場合があります。その場合、検査日時の変更をお願いすることがあります。又、検査薬の到着が遅延し検査開始時刻が遅くなる場合があります。それらの際には、ご了承いただけますようお願い申し上げます。

### 6) 検査キャンセルにおける費用負担について

- ・検査をキャンセルされる場合は、**検査前日の12:00**までにご連絡ください。(平日のみ / 連絡先: 予約診療科) それ以降のキャンセル及び予約変更は、キャンセル料を請求させていただく場合がございます。

説明日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者(直筆) \_\_\_\_\_

患者ID

患者氏名

様

## アミロイドPET検査予約票

### <予約日時>

年 月 日 ( ) 時 分

下記の注意事項をよくお読みの上、上記予約時間までに病院にお越しくださいますようお願いいたします。

#### 検査における注意事項

**・運動制限について**

検査前日および当日は激しい運動(長時間の歩行、ジョギングなど)はしないようにしてください。

**・食事およびお薬の内服について**

食事、お薬の内服については特に制限はありません。  
普段お使いのお薬(常用薬:高血圧や心臓病などの治療薬)は服用していただいて問題ありません。  
その他、ご不明な点はあらかじめ主治医にご確認ください。

**・検査当日の飲み物及び服装について**

検査薬投与後、検査終了まで安静室から出ることができませんので、500mL程度の飲物をご準備いただき、検査当日お持ちになってください。飲物の種類は問いません。  
服装について特に指定はありませんが、頭部の検査ですのでヘアピン・ピアス等は外していただきます。

**・付き添いについて**

PET-CT検査では医療者が介助につくことはできません。お一人での移動、待機、更衣、トイレでの排泄などが困難な方につきましては、安全な検査遂行のためご家族の付き添いをお願いしております。

**・検査2日前の連絡について**

高額な検査のため、予約日及び注意事項等のリマインド(再確認)目的で、検査2日前に同意書に記載された連絡先へショートメールまたは電話で連絡いたします。  
連絡の要不要、連絡方法については同意書で選択してください。  
予約票の内容を再度しっかり確認していただき、当日予約時間までにご来院ください

**・キャンセルおよび予約変更について**

**検査前日の12:00まで**に下記連絡先までご連絡ください。  
(月曜日検査の方は前の週の金曜日の12:00となります。)

【連絡先(平日のみ)】

鹿児島市立病院

〒 890-8760

鹿児島市上荒田町37-1

放射線科予約受付 : ①080-2729-9848 ②080-8596-4391

患者ID

患者氏名

## アミロイドPET検査同意書

鹿児島市立病院長 殿

私は、アミロイドPET検査における別紙内容について説明を受け、説明書を読んだうえで検査を受けることに

同意します

同意しません

検査日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者(患者本人 自筆)

代筆者

患者本人との関係

連絡先

※希望される方には再確認の目的で検査2日前に連絡いたします  
※日中連絡がとれる電話番号(携帯など)をお書きください

2日前連絡の方法

電話で

SMS(ショートメール)で

連絡不要

代諾者

代諾者住所

連絡先

(\* 日中連絡がとれる電話番号(携帯など))

検査を受ける人との続柄

患者ID		氏名		性別		生年月日	
------	--	----	--	----	--	------	--

## アミロイドPET検査問診票

ご記入日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (できる限り検査前日にお書きください)

・これまでにPET検査を受けたことがありますか? はい ・ いいえ

それはいつ頃で、どこの病院ですか? ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_ 病院)

・今までにかかった病気やケガがありますか? はい ・ いいえ

『はい』の場合、ご記入下さい。(例: 肺がんなどの腫瘍、結核、盲腸、骨折、ポリープなど)

・体内に手術やケガで金属がありますか? (例: 脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカーなど)

\_\_\_\_\_ ある (何が: \_\_\_\_\_ どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・どこかに体の痛みはありますか?

\_\_\_\_\_ はい (どこに: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

・人工肛門、腎瘻などはありますか? はい ・ いいえ

・自己導尿はありますか? はい ・ いいえ