

「事前受付用 FAX 用紙」と一緒に FAX にて地域医療連携室宛にお送りください。

専用 FAX 086-464-1166

FDG-PET/CT 検査チェックリスト

医療機関名、診療科

医師名

患者氏名

【健康保険の適用条件】

	病期診断	転移・再発診断
悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 病名: _____	☐	☐

病期診断: 確定した悪性腫瘍の治療前で、他の検査・画像診断により病期が確定できない場合。

転移・再発診断: 確定した悪性腫瘍の治療後で、他の検査・画像診断により転移・再発の診断が確定できない場合。

単なる経過観察は適用外です。治療効果の評価については、単なる観察としては適用外ですが、
転移・再発の診断、治療法の選択のための再病期診断としては適用になると考えられます。

大型血管炎 病名: _____

高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない方の場合。

【患者情報】

身長 (cm)	体重 (kg)	病名告知 ☐ 有 ☐ 無
妊娠 ☐ 有 ☐ 無	授乳 ☐ 有 ☐ 無	
体内金属 ☐ 有 ☐ 無	20 分間の静止 ☐ 可 ☐ 不可	
閉所恐怖症 ☐ 有 ☐ 無		
感染症 ☐ 有 () ☐ 無 ☐ 不明		
糖尿病 ☐ 有 ☐ 無	空腹時血糖値 (mg/dL)	
付属物 ☐ O ₂ ☐ 輸液 ☐ その他		
患者移動方法 ☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー ☐ その他 ()		
(鎮静の必要、患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。)		
電話番号: ①	②	

ご不明の点は

川崎医科大学附属病院 画像診断センター1 受付(086-462-1111 内線 21522)までお問い合わせください。