

✓ 当院紹介状となりますので患者様へお渡しください *来院時、慶應義塾大学病院提出用

検査予約日：		時間：			
ふりがな		性別	身長・体重	生年月日	
患者様氏名		男 女	cm kg	明 大 昭 平 (西暦でも可) 年 (歳)	
ご住所・連絡先					
〒					
TEL：		携帯：		*日中、繋がる連絡先をお願いします	
撮像希望範囲	頭頂部～大腿基部	上肢・下肢を含む全身	その他 (追加)		
臨床所見・診断名 【疾患名記入】	(早期胃がんを除く)	検査目的	病期診断 転移検索 その他 ()	再発診断 良悪鑑別	
臨床経過 (治療経過等 詳細に記載 お願いします)	別添あり				
治療歴	別添あり ・手術 (術式：)		・化学療法 ・放射線療法		
提供診療情報	CT MRI 超音波 RI □その他 () *画像および読影レポートのご提供をお願いいたします				
	病理検査： *施行病理検査および結果の詳細をお願いします				
	腫瘍マーカー値等：				
現在状況	外来 入院 (DPC 対象病院に入院中の場合、保険適用となりませんのでご注意ください) *生活保護を受けている方は事前に福祉事務所への連絡が必要となります				
糖尿病	無 有 (空腹時血糖： mg/dL) *糖尿病薬の服用は案内文書を参照してください				
移動形態	単独歩行 ・ 歩行 (介助要) ・ 車椅子				
病名告知	無 有		閉所恐怖症	無 有	
感染症	無 有 ()		妊娠	無 有 (有：検査不可)	
中～長時間の静止	可 否 (程度)		理解力	良 不良	
紹介医療機関名			依頼医師名		
所在地	〒		診療区分	保険診療 自由診療	
連絡先	TEL:		FAX:		

↓ ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください

慶應義塾大学病院 PET 検査受付 〒160 - 8582 東京都新宿区信濃町 35

予約・お問合せ：TEL 03 - 5843 - 6165 (直通) FAX 03 - 5843 - 6205

お問合せ：8:30 ~ 17:00 (第一・三土曜日・日曜・祝日・年末年始 12/30~1/4・慶應特定 1/10を除く)

- ✓ 紹介患者様の依頼内容を記載の上、当院 PET 検査受付へ FAX 送信（郵送）をお願いします
- ✓ 送信完了後、紹介医療機関様控えとなりますので貴院での保管をお願いします

検査予約日：

時間：

：

ふりがな		性別	身長・体重	生年月日
患者様氏名		男 女	cm kg	明 大 昭 平（西暦でも可） 年 （ 歳）
ご住所・連絡先				
〒				
TEL：	携帯：	*日中、繋がる連絡先をお願いします		
撮像希望範囲	頭頂部～大腿基部	上肢・下肢を含む全身	その他（追加）	
臨床所見・診断名 【疾患名記入】	（早期胃がんを除く）	検査目的	病期診断 転移検索 その他（	再発診断 良悪鑑別 ）
臨床経過 （治療経過等 詳細に記載 お願いします）	別添あり			
治療歴	別添あり ・手術 （術式：）	・化学療法 ・放射線療法		
提供診療情報	CT MRI 超音波 RI □その他（	） *画像および読影レポートのご提供をお願いいたします		
	病理検査： *施行病理検査および結果の詳細をお願いします			
	腫瘍マーカー値等：			
現在状況	外来 入院	（DPC 対象病院に入院中の場合、保険適用となりませんのでご注意ください） *生活保護を受けている方は事前に福祉事務所への連絡が必要となります		
糖尿病	無 有（空腹時血糖： mg/dL）	*糖尿病薬の服用は案内文書を参照してください		
移動形態	単独歩行	・ 歩行（介助要）	・ 車椅子	
病名告知	無 有	閉所恐怖症	無 有	
感染症	無 有（	妊娠	無 有（有：検査不可）	
中～長時間の静止	可 否（	理解力	良 不良	
紹介医療機関名		依頼医師名		
所在地	〒	診療区分	保険診療 自由診療	
連絡先	TEL: FAX:			

↓記載後、当院へ FAX 送信をお願いします。ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。
（郵送の場合、下記、住所にて承ります。なお本状のコピーを必ずお取りください）

慶應義塾大学病院 PET 検査受付 〒160 - 8582 東京都新宿区信濃町 35

予約・お問合せ：TEL 03 - 5843 - 6165（直通） FAX 03 - 5843 - 6205

お問合せ：8:30 ~ 17:00（第一・三土曜日・日曜・祝日・年末年始 12/30~1/4・慶應特定 1/10 を除く）

✓ 当院での検査予約を下記の日時で確定いたしました

検査予約日：		時間：		
ふりがな		性別	身長・体重	生年月日
患者様氏名		男	cm	明 大 昭 平（西暦でも可）
		女	kg	年 (歳)
ご住所・連絡先				
〒				
TEL：		携帯：	*日中、繋がる連絡先をお願いします	

PET / CT検査のご案内

持参いただくものを確認の上、**検査予約時間 30分前までに**
3号館南棟2階 PET検査受付にお越しください(別紙地図参照ください)

✓検査当日にお持ちいただくもの（当日、必ず☑ご確認をお願いします）

- (本状)PET/CT検査予約票 2枚組
- 本院診察券（初診の方はこちらで発行いたします）
- 診療情報提供書（紹介状）
- 健康保険証・その他の医療券
- PET/CT検査問診票（ご記入の上、お持ちください）2枚組
- 主治医から預かったフィルム又はCD-R

*フィルムまたはCDを預かった方は、来院時に①画像サービス（案内図参照）でデータの取り込みを行ってください。その後②PET検査受付（案内図参照）までお越しください。

*保険証をお忘れの場合、全額自費でのお会計となりますのでご注意ください

《本検査は保険適用となります》

- 3割負担で3万円前後
- 1割負担で1万円前後

↓ ご不明な点がございましたら、お問い合わせください

連絡先：慶應義塾大学病院 「PET検査受付」

直通03 - 5843 - 7072(受付時間：8:30～17:00)

— PET/CT 検査のご案内（検査予約後、検査前に必ずお読みください）—

①検査 前日

- ・検査前日夕食まで、特にお食事の制限はございません。
- ・運動（スポーツや筋力トレーニング等）は控えてください。
- ・検査前日の飲酒は控えて下さい。

②検査 当日

- ・当日のお食事に関して、...

検査予定時間が12:00より **前** の方



朝食は召し上がらないようにお願いします
（糖尿病治療中の方）

血糖降下剤・インスリンは
中止するようお願いします

検査予定時間が12:00より **後** の方



午前7時までに軽食を済ませてください
（糖尿病治療中の方）

血糖降下剤・インスリンは午前7時までに済ませてく
ださい

お飲みものは、原則お水のみであればいつでも摂取可能です。

糖尿病治療薬以外のお薬に関して特に制限はありません。（シロップ不可）

- * 検査開始予定前6時間以内にお食事された場合（アメ・ガム含む）や
検査前の**血糖値が高い場合**には、検査を**中止・延期**させていただくことがあります。

③検査後

- ・検査終了後、当日中は妊婦や乳幼児への接触は極力避けてください。
- ・（授乳中の方）検査後24時間以内の授乳は控えてください。
- ・検査薬は尿として体外へ排出されます。できるだけ水分を多めに摂取してください。

④その他

- ・とても精密な装置のため、不具合等により開始時間の遅れや検査が延期となることがあります。
あらかじめご了承下さい。

キャンセル・変更される場合、...

**検査前日(検査前日が休診日の場合、前診療日)16:30までに
必ずPET検査受付までご連絡ください。（予約票参照）**

～ 「PET（ポジトロン放射断層撮影）/ CT検査」とは ～

放射性同位元素（¹⁸F）と糖分類似物質であるフルオロデオキシグルコースという薬剤を標識した放射性医薬品を注射後に撮像し、体内の糖代謝機能をみることによりがんや炎症等の疾患を診断することができる検査です。

また、より正確な診断を行うため、CT検査を同時に行います。

検査による被ばく線量は、CT検査を含めても成人の方で10mSv（ミリシーベルト）程度です。

放射線被ばくによる発がんのリスクという観点からみると、検査での被ばくは少量であり、そのリスクは非常に小さいとされています。医師が適正な医療を行う上で、被ばくのリスクよりも「検査によるメリット」が大きいと認めた場合に、検査を施行しております。

ご不明点やご不安なことがございましたら、検査室の診療放射線技師にお尋ねください。

～ PET / CT 検査の流れ ～

1) 検査薬の注射



検査着に着替え、
検査薬を静脈に注射します

2) 待機



お薬の効果が出るまで安静に待機
約60分

3) PET/CT検査



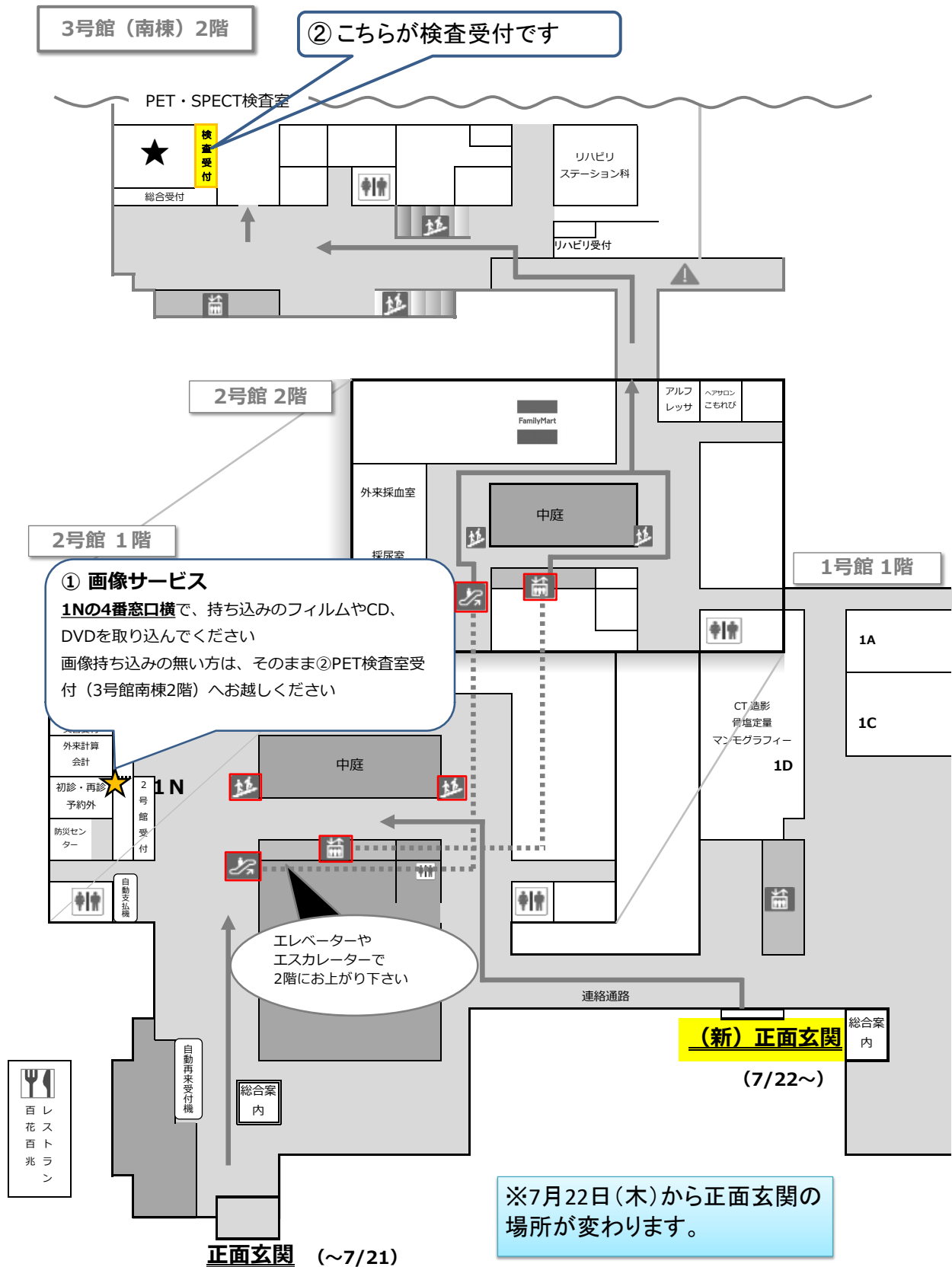
排尿後、検査入室案内全身の撮像
約20分

4) 待機



放射線が減衰するまで待機
約30分

PET・SPECT検査室（3号館南棟2階）のご案内



※7月22日(木)から正面玄関の場所が変わります。

-  エレベーター
-  階段
-  トイレ
-  エスカレーター