

必須事項（医療法施行規則の改正により、被ばくに関する説明が必須となりました）

医療放射線被ばくに関する説明済（チェックが無い場合、検査ができません）

説明資料は、「当院 HP→医療関係者の方へ→検査のお申し込み→PET-CT 検査」にあります。ご活用下さい。

以下の確認事項を記入して下さい。

・ペースメーカー	無 ・ 有（機種名： _____）※有の場合は、ペースメーカー手帳要持参		
・グルコース測定器	無 ・ 有 ※有の場合、外して検査を行います。		
・治療歴	手術歴 無 ・ 有（ _____ 年 月 術式 _____ ）		
	化学療法 無 ・ 有（ _____ 年 月）放射線治療 無 ・ 有（ _____ 年 月）		
・現在状態	妊娠 無 ・ 有	透析 無 ・ 有	認知機能低下 無 ・ 有（ _____ ）
	外来 ・ 入院中	30分間の仰臥位 可能 ・ 不可	閉所恐怖症 無 ・ 有
・乳がん腋窩郭清	無 ・ 有（右 ・ 左 ・ 両方）		
・移動	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		
・感染症	無 ・ 有（ _____ ）		
・糖尿病	無 ・ 有（インスリン療法・内服薬・無治療）（空腹血糖値 _____ mg/dl）		
・施行済検査	CT・MRI・US・RI・他（ _____ ）※直近の画像データおよび画像レポート要持参		
・同月 Ga シンチ	無 ・ 有 ※同月内にガリウムシンチを受けている場合、PET検査は自費診療となります。		

※全て記入のうえ、Fax して下さい。

国立大学法人 三重大学医学部附属病院 RI 検査室

Tel: 059-232-1111 (内線5351)、Fax: 059-231-5467