

PET-CT 検査 チェックリスト

氏名

検査日

① 悪性腫瘍の 確定診断がある	☐ 有 ☐ 無 → 自由診療 終了
② 悪性腫瘍の 診断理由	☐ 病理診断 ☐ 臨床上、高い蓋然性 → 要相談 (⑧へ)
③ 画像診断 (3ヶ月以内)	☐ MRI ☐ 無 → 検査不可 終了 ☐ CT
④ 糖尿病	☐ 有 → 検査時間 8:30又は9:30 ☐ 無
⑤ ペースメーカー ICD	☐ 有 → 手帳の写しを添付下さい ☐ 無
⑥ 検査目的	☐ 病期診断 ☐ 再発診断 ☐ 転移診断 ☐ 原発巣検索
⑦ 検査制限項目 あてはまるものが あればチェックして ください。	☐ 本人へ病名未告知 ☐ 飲水制限 ☐ 妊娠・妊娠可能性 ☐ 体内金属 ☐ 閉所恐怖症 ☐ 入れ歯 (脱着できる義歯) ☐ コミュニケーション障害

相 談	
⑧ 右記項目を確認の上 お電話にてお問合せ 下さい。	☐ 腫瘍マーカー ☐ AFP ☐ CEA ☐ CA19-9 ☐ CA125 ☐ SCC ☐ その他 ☐ 身体所見 ☐ 臨床的経過観察
052-652-7954	