

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 自由診療 終了
② 悪性腫瘍の 診断理由	<input type="checkbox"/> 病理診断 <input type="checkbox"/> 臨床上、高い蓋然性 → 要相談 (⑧へ)
③ 画像診断 (3ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 無 → 検査不可 終了 <input type="checkbox"/> CT
④ 糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 → 検査時間 8:30又は9:30 <input type="checkbox"/> 無
⑤ ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 有 → 手帳の写しを添付下さい <input type="checkbox"/> 無
⑥ 検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 本人へ病名未告知 <input type="checkbox"/> 飲水制限 <input type="checkbox"/> 妊娠・妊娠可能性 <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 入れ歯 (脱着できる義歯) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <div><input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> その他</div> <input type="checkbox"/> 身体所見 <input type="checkbox"/> 臨床的経過観察
052-652-7954	