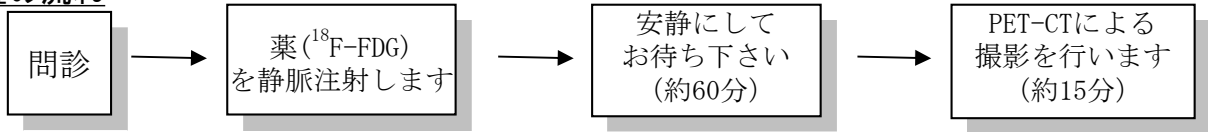


PET-CT検査予約表

検査当日は予約時刻までに武田病院画像診断センター受付までお越し下さい。

検査の流れ



予約日時	平成	年	月	日	(曜日)	時	分
------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

患者様情報

ふりがな

氏名 _____ 様 性別 男 女
生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)

検査の注意事項

※より良い検査結果を得るために、下記の注意事項にご協力下さい。

◎検査前日・当日のお過ごし方、お食事について

- ・検査前日および当日は激しい運動(長時間の歩行)はしないようにして下さい。
- ・検査5時間前(心サルコイドーシスの検査の場合は12時間前)から絶食をお願いします。ただし、糖分を含まないお飲物(水、お茶、白湯)は飲んでも問題ありません。

◎内服について

- ・糖尿病の血糖降下薬や検査当日のインスリン注射は原則として中止して頂きます。
- ・上記以外のお薬は内服して頂いて結構です。

◎その他

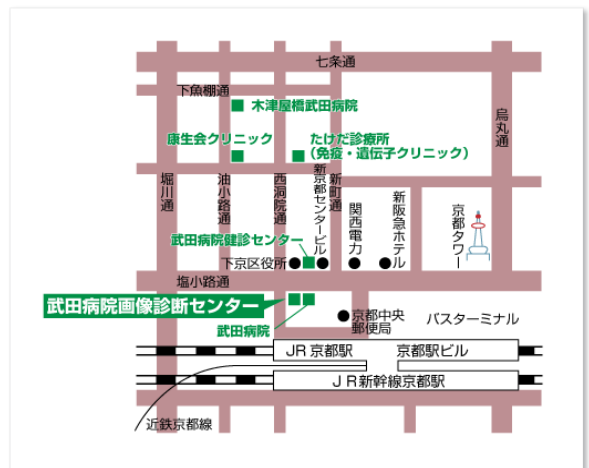
- ・予約時間の15分前までにお越し下さい。ご来院の際は、出来るだけ公共の交通機関をご利用下さい。お車でご来院の方は提携駐車場をご利用下さい。(裏面の駐車場案内を参照してください)尚、来院出来ない場合や検査に遅れる場合は武田病院画像診断センターまでご連絡下さい。
- ・撮影は約15分程度で終了しますが、必要に応じて遅延相撮影(約5分)を行う場合があります。痛みなどで長く仰向けに寝ることが困難な方はご相談下さい。また、車いす、移動式ベットが必要な方はお知らせ下さい。
- ・検査は前後準備を含めると約3時間かかりますので、当日の日程には十分余裕をもってお越し下さい。尚、機械トラブルなどで検査時間が遅れたり、検査が行えない場合もありますので御了承下さい。
- ・検査終了後約4時間は乳幼児・妊産婦との接触を出来るだけ控えて下さい。

当日ご持参いただくもの

- PET-CT検査予約表(本紙)
- 主治医から預かった書類、フィルム
- 健康保険証・各種受給証
- 検査費用:

保険適用(3割)の場合は約30,000円前後、
保険適用されない場合は約100,000円前後
の負担になりますのでご注意下さい。

(注)保険適用範囲は限定されており、自由診療扱いとなる場合がありますのでご注意下さい。



医療法人財団康生会
武田病院画像診断センター

〒600-8558

京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町841-5

TEL : 075-361-1680 / FAX : 075-361-1682