

 **保険診療** 
予約受付のごあんない

1. お電話で日時のご予約をお願いします。

2. 診療情報提供書をご記入の上、FAXにてお送りください。

3. 以上でご予約確定となります。
患者様に本書控えをお渡しいただき、注意点のご説明をお願いします。

4. 結果報告書は紹介元医療機関様にお送りします。
お預かりした画像等がある場合は一緒にお送りします。
お急ぎの場合はご予約時にお申し付けください。

ご紹介専用ダイヤル：TEL 022-290-1251

電話受付時間：月曜～土曜 9：00～17：30

FAX：022-211-9876

FDG-PET/CTの適用範囲

- てんかんもしくは虚血性心疾患の診断
- 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)の病期診断又は転移・再発の診断

- ・ てんかん：手術前検査が対象です。
- ・ 虚血性心疾患：心筋血流シンチで診断が困難な場合に限られます。
- ・ 悪性腫瘍：早期胃癌を除くすべての悪性腫瘍が保険適用対象です。

《日本核医学会PET保険適用ガイドラインによる 悪性腫瘍の適用症例》

- 治療前の病期診断
- 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断たとえば、術前化学療法後における手術前の病期診断等
- 転移・再発を疑う臨床的兆候、検査所見がある場合の診断
- 手術、放射線治療などによる変形や癩痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのかを鑑別する必要がある場合

《PET/CT検査 糖尿病患者様の場合のご注意》

高インシュリン状態では、糖が筋肉に取り込まれるため、病巣のコントラストが悪くなります。検査時血糖は200mg/dl以内が望ましいとされています。血中インシュリンピークが検査時に重ならないよう、抗糖尿病薬やインシュリン注射量の調節をお願いします。検査前8時間絶食(水分可)となっていますので、この分もご考慮ください。絶食はインシュリン分泌抑制と検査時の腸管運動軽減のために行っています。インシュリン分泌を誘発しない程度の糖負荷はかまいません。

診療情報提供書

仙台画像検診クリニック 行き 《1枚目》

※太枠内は必ずご記入ください。

予約日時	年	月	日	曜日	時	分
------	---	---	---	----	---	---

医療機関名	診療科	医師名
T E L		

フリガナ	性別	住所 〒	※当院受診歴有の場合記入不要			
患者様名	男・女					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(才)	当院受診歴	無・有
電話番号	患者様区分	外来・入院中	体 重	Kg		
アレルギー	無・有()	IVHなど	無・有()	心臓・埋め込み型除細動器(ICD)	無・有()	
感染症	無・有()	糖尿病	無・有	介助の必要な方	車椅子・ストレッチャー	※30分静止 可・不可
HBs抗原	-・+	HCV抗体	-・+	妊娠	無・有	閉所恐怖症 無・有

依頼内容	<input type="checkbox"/> PET/CT					
	<input type="checkbox"/> CT	検査部位				
	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 当院判断	検査部位 (1部位)	造影剤:	血清クレアチニン:	喘息: 無・有(直近の発作 年 月) (場合によっては造影を控えさせていただきます。)	
貴院診断						
病理診断					患者様への告知	無・有

検査目的	<input type="checkbox"/> 活動性評価	<input type="checkbox"/> 転移広がり診断	<input type="checkbox"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 治療効果の評価	その他
病歴現症等					
治療歴	手術歴		年 月頃	その他	
	化学療法		年 月頃		
	放射線療法		年 月頃		

仙台画像検診クリニック

紹介専用電話 022-290-1251 FAX 022-211-9876

診療情報提供書

ご紹介元担当医様控 《2枚目》
※太枠内は必ずご記入ください。

予約日時	年	月	日	曜日	時	分
------	---	---	---	----	---	---

医療機関名	診療科	医師名
T E L		

フリガナ	性別	住所 〒	※当院受診歴有の場合記入不要			
患者様名	男・女					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(才)	当院受診歴	無・有
電話番号	患者様区分	外来・入院中	体 重	Kg		
アレルギー	無・有()	IVHなど	無・有()	心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器(ICD)	無・有()	
感染症	無・有()	糖尿病	無・有	介助の必要な方	車椅子・ストレッチャー ※30分静止 可・不可	
HBs抗原	-・+	HCV抗体	-・+	妊娠	無・有	閉所恐怖症 無・有

依頼内容	<input type="checkbox"/> PET/CT					
	<input type="checkbox"/> CT	検査部位				
	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 当院判断	検査部位 (1部位)	造影剤:	血清クレアチニン:		
		喘息: 無・有(直近の発作 年 月)		(場合によっては造影を控えさせていただきます。)		
貴院診断						
病理診断					患者様への告知	無・有

検査目的	<input type="checkbox"/> 活動性評価	<input type="checkbox"/> 転移広がり診断	<input type="checkbox"/> 再発診断	<input type="checkbox"/> 治療効果の評価	その他
病歴現症等					
治療歴	手術歴		年 月頃	その他	
	化学療法		年 月頃		
	放射線療法		年 月頃		

仙台画像検診クリニック

紹介専用電話 022-290-1251 FAX 022-211-9876

診療情報提供書

ご紹介元医療機関様控 《3枚目》

※太枠内は必ずご記入ください。

予約日時	年	月	日	曜日	時	分
------	---	---	---	----	---	---

医療機関名	診療科	医師名
T E L		

フリガナ	性別	住所 〒	※当院受診歴有の場合記入不要			
患者様名	男・女					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(才)	当院受診歴	無・有
電話番号		患者様区分	外来・入院中	体重	Kg	
アレルギー	無・有()	IVHなど	無・有()	心臓埋め込み型ペースメーカー・除細動器(ICD)	無・有()	
感染症	無・有()	糖尿病	無・有	介助の必要な方	車椅子・ストレッチャー ※30分静止 可・不可	
HBs抗原	-・+	HCV抗体	-・+	妊娠	無・有	閉所恐怖症 無・有

依頼内容	<input type="checkbox"/> PET/CT					
	<input type="checkbox"/> CT	検査部位				
	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 当院判断	検査部位 (1部位)	造影剤:	血清クレアチニン:	喘息: 無・有(直近の発作 年 月) (場合によっては造影を控えさせていただきます。)	
貴院診断						
病理診断					患者様への告知	無・有

検査目的	<input type="checkbox"/> 活動性評価 <input type="checkbox"/> 転移広がり診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果の評価				その他
病歴現症等					
治療歴	手術歴		年	月頃	その他
	化学療法		年	月頃	
	放射線療法		年	月頃	

仙台画像検診クリニック

紹介専用電話 022-290-1251 FAX 022-211-9876

《患者様控え》

《4枚目》

※太枠内は必ずご記入ください。

予約日時	年	月	日	曜日	時	分
医療機関名	診療科		医師名			
TEL						
フリガナ	性別	住所 〒		※当院受診歴有の場合記入不要		
患者様名	男・女					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(才)	当院受診歴	無・有
電話番号	患者様区分	外来・入院中	体重	Kg		

患者様へ：来院前に必ずお読みください

※当院は完全予約制ですが、急患が入る場合がございます。対応等でご予約のお時間よりお待ちいただく場合もございます。何卒ご了承下さい。

○検査当日お持ちいただくもの

- 保険証 診療情報提供書 主治医からお預かりしたものがあある場合、MRI・CTなどの検査フィルム、CDなど
- 服用しているお薬がある場合、お薬、お薬手帳など

注意事項：PET検査を受けられる方

食事

検査当日：来院の8時間前から絶食となります。

※水・日本茶は飲めます。(糖分は×)

検査前日：米・麺・穀類・パン等の炭水化物を普段の量の1/2程度にひかえて下さい。

お薬など

検査前日より下剤の服用を中止してください。検査前5日間はバリウムを用いた透視検査はお控えください。
高血糖、糖尿病薬、インシュリン注射は、検査に影響します。主治医の先生または当院にお問い合わせください。

料金

検査料金の目安：3万円前後（3割負担の場合）

時間

滞在時間は約3時間を予定しておりますが、前後する場合があります。

※受診後のご注意：受診後1～2時間は微量の放射線が体内に残っていますので、当日に限り妊産婦や乳幼児との緊密な接触は控えて下さい。

注意事項：MRI・CT検査を受けられる方

食事

検査当日：腹部の検査を行う場合、または造影剤を使用する場合は、来院5時間前から絶食となります。
(造影予定の場合) 前日：脂肉・バター・ヨーグルト等の脂肪食は普段の量の1/2程度にひかえて下さい。

※水・日本茶は飲めます。(糖分は×)

料金

検査料金についてはお問い合わせください。
(クレジットカード使用可)

■最寄り駅からの当院まで

付近略図



地下鉄でお越しの方

仙台市地下鉄「五橋駅」南1番出口より出て道路の向い側にあります。



お車で越しの方

駐車場完備。
満車の場合はお近くの駐車場をご利用ください。

ご不明の点は下記フリーダイヤルにお問い合わせください。

仙台画像検診クリニック

住所 宮城県仙台市青葉区五橋2-1-25

電話 フリーダイヤル 0120-865-750 (月曜休み)