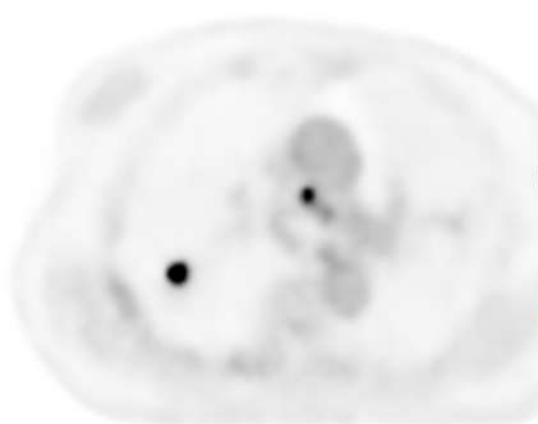
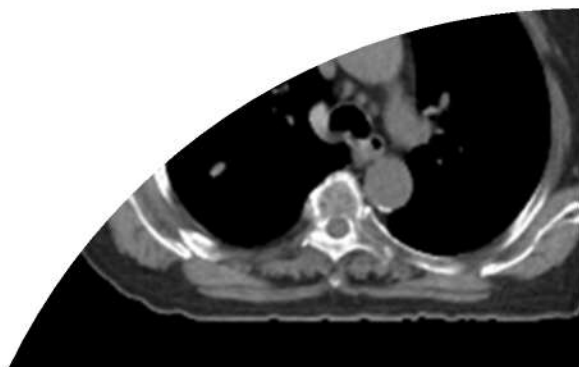


OMNI LEGEND

öiM Osaka International Medical & Science Center  
大阪けいさつ病院



PET-CT

予約の流れ

HIPS: 1101M. O.B. 1211

# —全身FDG PET-CT検査ご予約の流れ—



紹介元医療機関

- ・診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)
- ・全身FDG PET-CT確認書・同意書

→必要事項をご記入の上、  
地域医療連携センターまでFAXでお申込みください。



**FAX 06-6775-2864**

<TEL 06-6775-2863 (直通)>

※電話受付時間 平日8:30~19:00



大阪けいさつ病院

■検査日時、注意事項等が記載された「予約通知書」を  
FAXでお返しいたします。

※FAXは24時間お受けしておりますが、17時以降のご依頼分  
に関しては翌日（次の日が土日祝の際は休み明け）のお返事と  
なる場合があります。



紹介元医療機関

■患者さんに以下の書類をお渡しください。

- ・診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)
- ・全身FDG PET-CT確認書・同意書
- ・予約通知書

# —患者さんご来院の流れ—



1階紹介患者受付

■予約当日、予約時間の約15分前に1階紹介患者受付へお越しください。

※当日は以下のものをご用意いただきご来院ください。

- ・診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)
- ・全身FDG PET-CT確認書・同意書
- ・予約通知書（問診票含む）
- ・健康保険証（医療券）
- ・診察券（当院受診歴がある場合のみ）
- ・500ml程度の水（糖分なし）
- ・検査費用（3割負担の方 3万円程度）



1階紹介患者受付

■以下のものを1階紹介患者受付へ提出してください。

- ・診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)
- ・健康保険証（医療券）
- ・診察券（当院受診歴がある場合のみ）

健康保険証、各種医療券の確認をいたします。  
受診歴のない患者さんへ診察券をお渡しします。



地下1階PET受付

■地下1階核医学（RI・PET）受付までお越しください。

※以下のものを受付へ提出してください。

- ・全身FDG PET-CT確認書・同意書
- ・予約通知書（問診票含む）



PET検査室

■PET検査室にて検査を受けていただきます。

検査結果は後ほど当院より紹介元医療機関へ郵送させていただきます。



1階会計窓口

■検査終了後、1階会計窓口までお越しください。

診察券をお持ちになってください。  
検査費用（3割負担の方 3万円程度）

診療情報提供書兼申込書(全身 FDG PET-CT 検査依頼票)

年 月 日

大阪警察病院 放射線診断科 御中  
紹介元医療機関の所在地及び名称

〒 医師氏名

電話番号 ( ) - FAX ( ) -

|          |      |         |   |    |   |      |
|----------|------|---------|---|----|---|------|
| フリガナ     | 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月  | 日 | ( 歳) |
| 患者氏名     |      |         |   | 性別 | 男 | 女    |
| 住所 〒     |      |         |   |    |   |      |
| 電話番号 ( ) |      |         |   |    |   |      |

|            |       |        |
|------------|-------|--------|
| 大阪警察病院 受診歴 | 有 ・ 無 | 備考 ( ) |
|------------|-------|--------|

|     |         |  |         |  |         |  |    |  |
|-----|---------|--|---------|--|---------|--|----|--|
| 保険証 | 保険者番号   |  | 記号      |  | 番号      |  | 枝番 |  |
|     | 公費負担者番号 |  | 公費受給者番号 |  | 本人 ・ 家族 |  |    |  |

|                          |                                   |                                  |                                 |                                    |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 悪性腫瘍<br>(疑いは<br>保険適応外です) | <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ( ) | <input type="checkbox"/> 食道癌     | <input type="checkbox"/> 肺癌     | <input type="checkbox"/> 乳癌        | <input type="checkbox"/> 胃癌(早期癌は適応外) |
|                          | <input type="checkbox"/> 膵臓癌      | <input type="checkbox"/> 胆嚢癌・胆管癌 | <input type="checkbox"/> 大腸癌    | <input type="checkbox"/> 子宮頸癌・子宮体癌 | <input type="checkbox"/> 卵巣癌         |
|                          | <input type="checkbox"/> 皮膚癌      | <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫   | <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 | <input type="checkbox"/> その他( )    |                                      |

|      |                               |                                   |                                 |
|------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> 病期診断 | <input type="checkbox"/> 転移・再発の診断 | <input type="checkbox"/> その他( ) |
|------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

|        |                                   |                                  |
|--------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 撮影希望範囲 | <input type="checkbox"/> 頭部から膝上まで | <input type="checkbox"/> 頭部～足先まで |
|--------|-----------------------------------|----------------------------------|

|          |     |            |                                  |            |
|----------|-----|------------|----------------------------------|------------|
| 施行した画像診断 | CT  | 検査日: 年 月 日 | MRI                              | 検査日: 年 月 日 |
|          | RI  | 検査日: 年 月 日 | 超音波                              | 検査日: 年 月 日 |
|          | その他 | 検査日: 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 施行していない |            |

|      |                                                               |
|------|---------------------------------------------------------------|
| 病理診断 | <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ( ) |
|      | <input type="checkbox"/> 確定診断はないが、臨床上高い蓋然性を以て悪性診断と診断される       |

|                     |                                                                                                                                                              |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 腫瘍マーカー<br>腫瘍マーカーの数値 | <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> SCC その他( ) |
|                     | 数値( )                                                                                                                                                        |

|     |                            |                             |                                |                                     |
|-----|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 治療歴 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 手術 | <input type="checkbox"/> 放射線治療 | <input type="checkbox"/> 化学療法(最終投薬) |
|     | ( 年 月 日)                   | ( 年 月 日)                    | ( 年 月 日)                       | ( 年 月 日)                            |

|                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| 臨床経過・画像所見<br>(既往歴・手術・RT<br>薬剤等)詳細記載<br><input type="checkbox"/> 別紙参照 |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|

|      |                           |                                                       |     |
|------|---------------------------|-------------------------------------------------------|-----|
| 確認事項 | 身長・体重                     | ( cm ) ・ ( kg )                                       |     |
|      | 糖尿病                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 感染症 |
|      | 糖尿病内服薬<br>内服薬の名前<br>インスリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |     |
|      | 閉所恐怖症                     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 透析  |

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 予約希望日時 | ① 年 月 日 ( ) ② 年 月 日 ( ) |
|--------|-------------------------|

|      |                                                    |
|------|----------------------------------------------------|
| 検査結果 | <input type="checkbox"/> 画像CDと報告書 (検査後、2診療日後までに発送) |
|      | <input type="checkbox"/> 報告書のみ (検査後、2診療日後までに発送)    |
|      | <input type="checkbox"/> その他 ( )                   |

|      |                                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------|
| 医師確認 | <input type="checkbox"/> 検査の正当性を説明し患者さんの承諾を得た(放射線検査は必ずチェックが必要です) |
|------|------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------|
|  | ※報告書をお急ぎの際は FAX させていただきますので、下記連絡先までご連絡下さい。<br>※本申込書は下記連絡先に FAX して下さい。 |
|--|-----------------------------------------------------------------------|

# 全身FDG PET-CT確認書・同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_

当院では、患者さんに安心して検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者さんの自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。担当医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、検査の実施に同意されるときは本書にご署名下さい。

## ① 全身FDG PET-CT検査について

本検査では、がん細胞がブドウ糖を多く取り込む性質を利用し、ブドウ糖にごく微量の放射線を放出する物質を合成した薬剤(FDG)を使用します。これにより、がんの早期発見や病期診断を行います。

## ② 放射性医薬品の副作用・注意事項

本検査で使用する放射性医薬品FDGは、重大な副作用としてまれにアナフィラキシー等の重篤な過敏反応が報告されています(頻度は極めて低く、0.001%未満)。また、発疹・紅潮・悪心・血圧変動・気分不良・頭痛などの症状(1%未満)も報告されています。投与時には十分な観察を行い、副作用が発生した場合には速やかに適切な処置を講じます。

## ③ 被ばくについて

本検査による被ばく量は、体格などによりますが、PETで約2.0～3.5mSv、CTで4.0～8.5mSv、合計でも12mSv未満です。この線量で放射線障害を心配する必要はありません。

## ④ PET-CT検査を受ける際には、以下の点にご注意ください

- ・がんの種類によっては検出が難しいものもあり、5mm以下の小さながんは発見できないことがあります。
- ・血糖値が高い場合や激しい運動を行った場合、診断が困難になる場合や検査が中止になる場合があります。
- ・検査前の絶食が不十分の場合、検査が中止になる可能性があります。

## ⑤ 検査費用について

本検査は、特定の条件を満たす場合にのみ健康保険が適用されます。保険診療(3割負担)の場合、検査費用は約3万円です。保険適用の可否については、主治医にご相談ください。

## ⑥ 検査のキャンセルや変更について

急な予定等で来院出来なくなくなった場合、検査前日15:00までにご連絡ください。  
検査前日が休みの場合(例：検査日が月曜日の場合、前週金曜日)、休み前日の15:00までにご連絡をお願いします。  
無断キャンセルの場合は、検査薬の費用(約5万円)をご負担していただきます。

## ⑦ その他

- ・災害や交通事情により薬剤が届かない場合や装置のトラブルにより、検査時間の遅延や中止になる場合がありますのでご了承ください。
- ・検査結果を医学会や学術誌、研究会等の発表、また多くの方に検査を知っていただくために使用させていただくことがあります。その際には氏名などのプライバシーは公表されることはありません。

依頼元医療機関名 \_\_\_\_\_

依頼医ご署名 \_\_\_\_\_

上記事項について詳細に説明を受けました。その内容について十分理解し納得しましたので大阪警察病院にて検査実施について

☐ 同意いたします

☐ 同意いたしません

西暦                      年                      月                      日

| 署名欄 | 患 者 本 人           |              | 氏 名 | ⑩                                  |
|-----|-------------------|--------------|-----|------------------------------------|
|     | 患者本人が<br>18歳未満の場合 | 親権者<br>(代理人) | 氏 名 | ⑩                                  |
|     |                   |              | 続 柄 | 父・母・(                      )       |
|     | 患者本人が<br>18歳以上の場合 | 親 族          | 氏 名 | ⑩                                  |
|     |                   |              | 続 柄 | 夫・妻・父・母・子・(                      ) |
|     | 同席者               | ⑩            |     | 同席者 ⑩                              |

備考 この同意書は、検査当日に必ずご持参ください。

※自筆の場合は、必ずしも印を必要とはしない。

# PET検査 ご依頼の先生方へ

FDG-PETは保険適用・適用外検査で対応いたします。それぞれの条件をご確認の上、ご依頼ください。

## 1. 保険適用条件 （検査費用：3割負担で約3万円）

● 保険診療としてPET検査を受けていただくためには、以下の条件を満たす必要があります。

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 悪性腫瘍（早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む。） | <ul style="list-style-type: none"><li>・病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている場合</li><li>・他の検査や画像診断で病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合</li><li>・治療前の病期診断が必要な場合</li><li>・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</li><li>・転移・再発を疑う臨床的徴候や検査所見がある場合</li><li>・手術や放射線治療などによる変形や瘢痕のため、他の方法では再発の有無が確認困難な場合</li><li>・治療が有効と思われるにも関わらず、他の画像診断で腫瘍が残存している場合</li></ul> |
| 血管炎                       | <ul style="list-style-type: none"><li>・血管炎、高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない患者</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                  |

## 2. 保険適用外で自費診療とする場合 （検査費用：自費負担で11万円（税込））

|                           |                                                                                                                                                          |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| がんの診断がついていない場合            | <ul style="list-style-type: none"><li>・がんの疑いがあるだけで、確定診断がされていない場合は保険適用外です。（病理診断により悪性腫瘍の確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されていれば保険適用となります。）</li></ul> |
| 腫瘍マーカーのみでの診断              | <ul style="list-style-type: none"><li>・高CA19-9血症や高CEA血症など、腫瘍マーカーのみでがんの診断がされている場合は保険適用外です。</li></ul>                                                      |
| 疑い病名の場合                   | <ul style="list-style-type: none"><li>・悪性リンパ腫疑い、肺がん疑い、原発不明がんの疑いなど、疑い病名では保険適用されません。</li></ul>                                                             |
| 不明熱の熱源検索                  | <ul style="list-style-type: none"><li>・不明熱の原因を特定するためのPET検査は保険適用外です。</li></ul>                                                                            |
| 他の画像診断が行われていない場合          | <ul style="list-style-type: none"><li>・CT、MRIなど他の画像診断がされていない場合のPET検査は保険適用外です。</li></ul>                                                                  |
| 同月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合 | <ul style="list-style-type: none"><li>・同月にガリウムシンチグラフィを受けている場合のPET検査は保険適用外です。</li></ul>                                                                   |
| スクリーニング目的または、健康診断目的の検査    | <ul style="list-style-type: none"><li>・健康診断や人間ドックとしてのPET検査は保険適用外です。</li></ul>                                                                            |

\* 「てんかん」「虚血性心疾患」「心サルコイドーシス」の診断は、当院では対応していません。

\* 保険適用の判断に迷う場合がございますら「地域医療連携センター」までご相談ください。

## ■ 検査をお受けできないケース（原則）

- ・ 検査5時間前の絶食および糖尿病内服薬・インスリンのコントロールができない
- ・ 検査前の空腹時血糖値を200mg/dl以下にコントロールできない
- ・ 移動は、ストレッチャーである
- ・ オムツや採尿バックを使用しており、ご自分で交換や廃液ができない
- ・ 注射後約1時間、待機室で静かに過ごすことができない
- ・ 撮影中（約15分間）静止ができない
- ・ 妊娠中または妊娠の可能性がある

## ■ 注意事項

- ・ 検査の目的、流れ、費用（保険適応、自費）等について説明し、同意書に署名を得てください
- ・ 検査5時間前から食事・糖分を含む点滴は禁止（水・お茶は可）してください
- ・ 糖尿病患者は、当日朝から内服薬・インスリンの中止を指示してください
- ・ 前日、当日の下剤は可能な限り避けてください（大腸集積による診断困難）
- ・ 授乳中の方は、24時間授乳中止／投与後12時間は乳幼児と接触を避けてください
- ・ 施行した検査結果の写しや画像データは、検査当日にお持ちいただけるよう患者さんにお渡しください

## ■ 検査予約枠

① 8：45   ② 9：15   ③ 10：15   ④ 10：45   ⑤ 11：15   ⑥ 13：15   ⑦ 13：45   ⑧ 14：15

- ・ 予約時間から検査室退出まで、2時間半から3時間かかります
- ・ 診療情報提供書兼申込書の予約希望日時には、上記の時間を記載してください

## ■ 予約変更・キャンセル

- ・ 検査前日15：00（平日）までに必ずご連絡ください
- ・ 無断キャンセルされた場合は、検査薬の費用（約5万円）をご負担していただきます

大阪けいさつ病院 地域医療連携センター

TEL 06-6775-2863    FAX 06-6775-2864

# (地域) 全身FDG PET-CT

(地域) 全身FDG PET-CT

B1A 地下1階 核医学(RI・PET)検査

診療券番号：  
力ナ：  
氏名：  
依頼科：  
依頼医師：  
予約日 時：

様

## 予約通知書

### 検査前日について

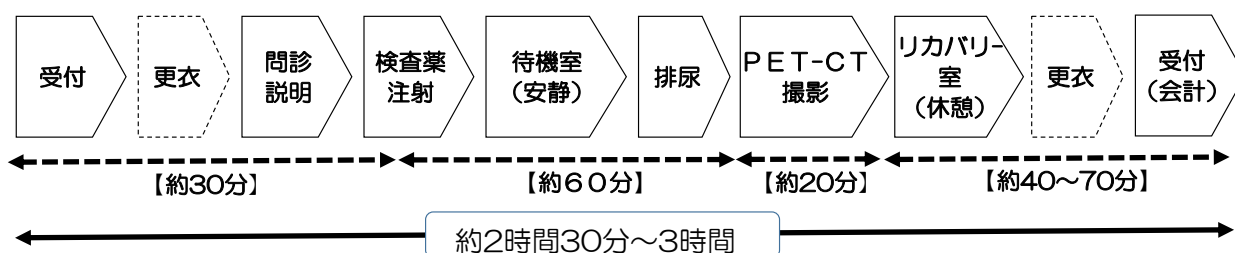
- 【飲食】普段どおりお摂り下さい。ただし、飲酒はお避け下さい。  
【運動】運動(スポーツジム・水泳・ゴルフ・重い荷物を持つ作業等)を控えてください。  
【薬】下剤の服用は控えて下さい。その他の薬はお飲み下さい。

### 検査当日について

- 【飲食】予約日時の5時間前からは絶食して下さい。  
飴やガム、“カロリーゼロ”等、喫煙も検査に影響がでますのでお控えください。  
ただし、水・ミネラルウォーター・お茶(糖分なし)は飲んでも構いません。  
【運動】運動(スポーツジム・水泳・ゴルフ・重い荷物を持つ作業等)を控えてください。  
【薬】糖尿病薬(服薬、インスリン)や下剤の服用は控えて下さい。その他の薬はお飲み下さい。

### ●当日の検査の流れについて

- 予約日時の15分前までに1階紹介患者受付にお越しください。  
その後、地下1階核医学(RI・PET)受付にお進みください。



### ●その他の注意事項

- 妊娠中または妊娠の可能性がある方は、スタッフにお知らせください。
- 日常生活において介助を必要とされる方は付き添いをお願いする場合がございます。
- 絶食が不十分な場合、検査が中止になる可能性があります。

### ●キャンセルについて

- 検査薬は当日しか使用できないため、キャンセルされる場合は早めにご連絡ください。  
無断キャンセルの場合は、検査薬の費用(約5万円)をご負担していただきます。  
予約の変更、検査の問い合わせは下記へご連絡下さい。

連絡先：電話 06-6771-6051 (地下1階 核医学(RI・PET)受付)

発行日

診察券番号：  
患者氏名：

依頼科：  
検査日：

## 問診票

以下の項目に記入またはチェックをつけていただき、検査当日に必ずお持ち下さい。

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ①これまでにPET-CT検査を受けたことがありますか                                                       | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ②予約日時の5時間前から絶食していますか                                                             | <input type="checkbox"/> いいえ<br>いつ頃（ ）<br>何を（ ）                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい                                  |
| ③撮影（約20分間）の間、安静に寝ていることができますか                                                     | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい                                  |
| ④検査前日、当日に運動をしましたか<br>（スポーツジム・水泳・ゴルフ・重い荷物を持つ作業等）                                  | <input type="checkbox"/> はい<br>いつ頃（ ）<br>何を（ ）                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑤糖尿病と言われたことがありますか<br>・現在、治療を受けていますか<br>・現在の治療法は何ですか<br><br>・インスリンを最終に使用したのはいつですか | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> 薬のみ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 食事療法<br>その他（ ）<br>月 日 時頃 | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑥過活動膀胱に対して内服治療を行っていますか                                                           | <input type="checkbox"/> はい<br>薬の種類（ ）                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑦前日、当日に下剤を内服しましたか                                                                | <input type="checkbox"/> はい<br>薬の種類（ ）                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑧2週間以内に胃・大腸バリウム検査を受けましたか                                                         | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑨閉所恐怖症や暗所恐怖症はありますか                                                               | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑩体内に金属が入っていますか                                                                   | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤のクリップ<br><input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 人工関節<br><input type="checkbox"/> その他（ ）     | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑪取り外せる金属はありますか（入れ歯・アクセサリ等）                                                       | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑫血糖値自己測定装置(リブレ等)を着けていますか                                                         | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| ⑬乳癌の手術を受けられたことがありますか<br>・そのときにリンパをとりましたか                                         | <input type="checkbox"/> はい（左側・右側）<br><input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑭3か月以内に予防接種（ワクチンの注射）を受けていますか？                                                    | <input type="checkbox"/> はい（左側・右側）<br>種類（ ）<br>接種日 月 日                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> いいえ                                 |

女性の方は以下の質問にお答えください。

|               |                                          |                                                               |
|---------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ⑮妊娠の可能性はありますか | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ                                  |
| ⑯現在、月経はありますか  | <input type="checkbox"/> はい<br>最終月経日 月 日 | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> 閉経した |
| ⑰現在、授乳中ですか    | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ                                  |

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 看護師記入欄                                        |
| 末梢留置カテーテル（ 22 ・ 24 G ） 右 ・ 左 （ 前腕 ・ 正中 ・ 手背 ） |
| 身長（ ） cm 体重（ ） kg 血糖値（ ） mg/dL                |

連絡先： 電話 06-6771-6051（地下1階 核医学(RI・PET)受付）

発行日

大阪けいさつ病院

診察券番号 :  
患者氏名 :

依頼科 :  
検査日 :

## ご来院の流れ



1階紹介患者受付

### ■予約当日、予約時間の約15分前に1階紹介患者受付へお越しください

※当日は以下のものをご用意いただきご来院ください

- ・診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)
- ・全身FDG PET-CT確認書・同意書
- ・予約通知書(問診票含む)
- ・健康保険証(医療券)
- ・診察券(当院受診歴がある場合のみ)
- ・500ml程度の水(糖分なし)
- ・検査費用(3割負担の方 3万円程度)



1階紹介患者受付

### ■以下のものを1階紹介患者受付へ提出してください

- ・診療情報提供書兼申込書(全身FDG PET-CT検査依頼票)
- ・健康保険証(医療券)
- ・診察券(当院受診歴がある場合のみ)

健康保険証、各種医療券の確認をいたします。  
受診歴のない患者さんへ診察券をお渡しします。



地下1階PET受付

### ■地下1階核医学(RI・PET)受付までお越しください

※以下のものを受付へ提出してください

- ・全身FDG PET-CT確認書・同意書
- ・予約通知書(問診票含む)



地下1階PET検査室

### ■PET検査室にて検査を受けていただきます

検査結果は後ほど当院より紹介元医療機関へ郵送させていただきます



1階会計窓口

### ■検査終了後、1階会計窓口までお越しください

診察券をお持ちになってください。  
検査費用(3割負担の方 3万円程度)

連絡先: 電話 06-6771-6051 (地下1階 核医学(RI・PET)受付)

発行日

大阪けいさつ病院

診察券番号 :  
患者氏名 :

依頼科 :  
検査日 :

## 当院へのアクセス



〒543-8922  
大阪市天王寺区烏ヶ辻2-6-40

(大阪けいさつ病院HPのアクセス案内)

- ・JR大阪環状線桃谷駅より西へ徒歩約5分
- ・大阪メトロ谷町線四天王寺前夕陽ヶ丘駅より東へ徒歩約15分
- ・近鉄大阪上本町駅より南へ徒歩約20分



連絡先： 電話 06-6771-6051 (地下1階 核医学(RI・PET)受付)

発行日

大阪けいさつ病院