

検査を受けられる患者さんへ

問い合わせ先

名古屋医療センター 放射線科
TEL (052)951-1111

※下記について患者さんに説明し、この用紙をお渡してください。

フリガナ		住 所	〒 —			
氏 名						
性 別	男 . 女	身 長	cm	体 重	kg	
生年月日	年 月 日 歳	電 話 番 号		携 帯 電 話		
		— —		— —		



放射線科より検査前日に確認のお電話をさせていただきます。
電話番号は連絡のつく番号をお知らせください。

★来院時には初診窓口にお寄りいただき、窓口でPET-CTで来院したことをお申し出ください。
(検査開始20分前には受付をすませてください。)

★検査当日にお持ちいただくもの

- ① 診療情報提供書 (原本)
- ② PET-CT検査予約票 (検査依頼時に当院よりFAXしました)
- ③ 保険証 ④検査費用 (保険3割負担で、約3万円)
- ⑤ お水又はお茶500cc (ペットボトル可)

★検査前のお食事は検査予約時間の6時間前までにすませてください。
お水やお茶は飲んでもかまいませんが糖分を含むものは避けてください。

★検査当日のお薬
当日は糖尿病治療薬 (内服またはインスリン) は使用しないでください。

★運動制限
検査前日より、運動は制限して下さい。
ジョギング・テニス・カラオケなどは控えてください。

★検査前日のご連絡
検査前日 (15時～17時の間) に確認のお電話をいたします。
連絡が取れるよう、ご協力ください。