

# PET 検査予約について

## 【医療機関の先生へ】

1. 「PET-CT 検査依頼申込書(診療情報提供書)」に必要事項をご記入のうえ、地域医療連携室までFAXで送り下さい。  
(FAX:0120-018-599)
  2. 地域医療連携室では希望(予約)日時を診療科に照会・確認後「PET-CT 検査予約票」にて予約日時をFAXで連絡します。
  3. 「PET-CT 検査のご依頼に当たって」「PET-CT 検査に関する説明書」を患者様にご説明をお願いいたします。
  4. 「PET-CT 検査依頼申込書」は当院への「診療情報提供書」となっておりますので、患者様へお渡し下さい。検査当日は、「PET-CT 検査予約票」 および貴院の「検査結果(フィルム等)」、「健康保険証」等と併せてご持参いただくようご説明お願いいたします。**また、内服のある場合は、お薬手帳を持参願います。**
  5. 所見を記した「検査結果報告書」及び画像(CD-R)は、後日郵送いたします。
- ※ 原則として、読影を含めた診療予約となります。
  - ※ PET-CT 検査の場合、検査希望日の2日前までに予約をお願いします。
  - ※ PET 検査の場合、絶食が必要です。検査予約時間の6時間前より、水以外を摂らないようお伝え下さい。詳細につきましては、説明書をご覧ください。
  - ※ 糖尿病のお薬は飲まないで来院して下さい。持続点滴や当日の点滴は、糖分の入っているものは来院時間5時間前から中止して下さい。糖分を含まない水・お茶などや、糖分の含まない点滴は制限ありません。
  - ※ 検査料金は、3割負担で約3万円、1割負担で約1万円となります。  
但し、保険適応要件を満たさない場合、**自費 50,000円(税込)**となります。
  - ※ この検査で使う PET 注射薬は検査前から準備しているため、急なキャンセルや時間に遅れて検査が行えない場合は、キャンセル料として3万円を頂く場合があります。  
(予約後、都合が悪くなった場合は、検査前日の11時までにご連絡願います。)
  - ※ 通常の撮影は頭部から骨盤までです。特に撮影部位の指示(下肢等)がありましたら、依頼書に明記をお願いします。
  - ※ 当院ホームページの地域医療連携室ページに、申込み必要書類を掲載しております。なお「PET-CT 検査依頼申込書」は Excel ファイルにてご利用可能となります。

## 【連絡・問合せ】

北見赤十字病院 地域医療連携室

TEL:0120-018-299

FAX:0120-018-599