

## 【PET-CT検査を受けられる方への確認事項について】

PET-CT検査を安全に実施するために、お手数ですが、以下の事項についてご確認いただき、腫瘍ドックお申込時に併せて郵送、又はFAXくださいますようお願い致します。

福井大学医学部附属病院  
先端医療画像センター 健診室

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日： T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. 今までにPET-CT検査を受けたことがありますか。                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 体内に心臓ペースメーカー、ICD(埋込み型除細動器)が入っていますか。                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 入っている場合は、手帳、又はカードの内容をご記入ください。<br>〈ペースメーカー手帳をお持ちの方〉製品名： _____<br>〈ペースメーカーカードをお持ちの方〉機種名： _____<br>入っている場合は、主治医の先生にPET-CT検査が可能であるかをご確認してください。<br>医療機関名： _____ 主治医名： _____<br>_____ 年 _____ 月 _____ 日 可能である事の確認をとりました。 |                                                             |
| 3. 血糖値が高い、境界型糖尿病と言われた事がありますか。                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 「はい」と答えた方、値はどれくらいでしたか。<br>血糖値： _____ HbA1c： _____                                                                                                                                                                  |                                                             |
| 4. 糖尿病の治療を受けていますか。内服薬名： _____                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 治療されている場合は、主治医の先生にPET-CT検査が可能であるかをご確認ください。<br>※ビグアナイド系糖尿病薬を内服されている場合は、薬の影響により大腸病変の検出能が低下することがあります。可能であれば48時間程度の休薬をお願いします。主治医にご相談ください。                                                                              |                                                             |
| 5. 閉所恐怖症がありますか。                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| ※閉所恐怖症がある場合は、PET-CT検査ができない場合もあります。                                                                                                                                                                                 |                                                             |
| 6. 【女性の方へ】妊娠の可能性・妊娠中・授乳中ではありませんか。<br>※上記に該当する方は、当院でのPET-CT検査(腫瘍ドック)はできません。<br>※月経中のPET-CT検査は、診断に影響する場合がありますので<br>お問い合わせください。先端医療画像センター健診室 (0776) 61-8550                                                           | <input type="checkbox"/> いいえ                                |

## ※【胃内視鏡付コースを選択された方へ】

|                                                                                                                     |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 7. 抗凝固剤を内服されていますか。                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
| 「はい」と答えた方、内服薬名をご記入下さい。内服薬名： _____<br>内服されている場合は、あらかじめ、かかりつけ医へ休薬等についてご相談下さい。<br>※生検(組織一部を摂取して病理組織検査を行います。)が行えなくなります。 |                                                             |

以上を確認し検査する事について同意します。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

健診者氏名： \_\_\_\_\_