

# 検査予約表



聖マリアンナ医科大学病院  
ST. MARIANNA UNIVERSITY HOSPITAL

<b>核医学</b>	患者名		生年月日	
検査名	投与 PET-CT FDG 腫瘍・大血管			
予約日	年	月	日	予約時間 時 分
訪問先	正面入口：11番初診受付窓口 → 核医学：入院棟1階 核医学検査室			
<b>【受付到着時間】</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>・予約時間の1時間程度前までに正面入口すぐにあります、11番初診受付窓口にお越しください</li><li>・その後、入院棟1階核医学受付までお越しください（予約時間の30分前には到着をお願いします）</li><li>・時間に余裕を持って来院をいただき、核医学受付到着時間に遅れないようにお願いします</li></ul>				
<b>【注意事項/前処置/食事・水分制限】</b>				
<b>【食事について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・投与6時間前からお食事はしないでください（アメ・ガムなども禁止です）</li></ul>				
<b>【水分について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・投与6時間前から水分は水のみとして下さい（糖分の入った飲み物・ジュースなどは禁止です）</li></ul>				
<b>【内服について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・インスリンの使用は主治医に確認してください</li><li>・その他、糖尿病薬は食事摂取しなかった場合は休薬としてください</li></ul>				
<b>【その他注意事項】</b>				
<b>【検査を受ける際の注意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・検査前日から検査終了までの間は激しい運動・大声・長時間の会話はお控えください</li><li>・着替え・トイレ・移動などに介助が必要な方は、ご家族などの付き添いが必要となります</li><li>・検査当日に問診を行います</li></ul>				
<b>【検査をキャンセルする場合は】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・体調不良などで検査をキャンセルする場合は検査前日12時、前日が休診日の場合は休診日前日12時までにご連絡をお願いします</li><li>・この検査に使用する薬剤は高額であり、一人ひとりの検査時間に合わせて届きます。無断および当日のキャンセルの場合は費用をご負担いただく場合がありますのでご了承ください</li></ul>				
<b>【その他注意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・検査先日に薬剤発注のため、来院確認の電話をさせていただきます</li><li>・検査後海外へ渡航するご予約のある方はお申し出ください</li></ul>				
聖マリアンナ医科大学病院 044 (977) 8111				

# 検査予約表



聖マリアンナ医科大学病院  
ST. MARIANNA UNIVERSITY HOSPITAL

<b>核医学</b>	患者名		生年月日	
検査名	投与 PET-CT FDG 心筋 (サルコイドーシス)			
予約日	年	月	日	予約時間 時 分
訪問先	正面入口：11番初診受付窓口 → 核医学：入院棟1階 核医学検査室			
<b>【受付到着時間】</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>・予約時間の1時間程度前までに正面入口すぐにあります、11番初診受付窓口にお越しください</li><li>・その後、入院棟1階核医学受付までお越しください（予約時間の30分前には到着をお願いします）</li><li>・時間に余裕を持って来院をいただき、核医学受付到着時間に遅れないようにお願いします</li></ul>				
<b>【注意事項/前処置/食事・水分制限】</b>				
<b>【食事について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・投与18時間前からお食事はしないでください（アメ・ガムなども禁止です）</li></ul>				
<b>【水分について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・投与18時間前から水分は水のみとして下さい（糖分の入った飲み物・ジュースなどは禁止です）</li></ul>				
<b>【内服について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・インスリンの使用は主治医に確認してください</li><li>・その他、糖尿病薬は食事摂取しなかった場合は休薬としてください</li></ul>				
<b>【その他注意事項】</b>				
<b>【検査を受ける際の注意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・検査前日から検査終了までの間は激しい運動・大声・長時間の会話はお控えください</li><li>・着替え・トイレ・移動などに介助が必要な方は、ご家族などの付き添いが必要となります</li><li>・検査当日に問診を行います</li></ul>				
<b>【検査をキャンセルする場合は】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・体調不良などで検査をキャンセルする場合は検査前日12時、前日が休診日の場合は休診日前日12時までにご連絡をお願いします</li><li>・この検査に使用する薬剤は高額であり、一人ひとりの検査時間に合わせて届きます。無断および当日のキャンセルの場合は費用をご負担いただく場合がありますのでご了承ください</li></ul>				
<b>【その他注意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・検査先日に薬剤発注のため、来院確認の電話をさせていただきます</li><li>・検査後海外へ渡航するご予約のある方はお申し出ください</li></ul>				
聖マリアンナ医科大学病院 044 (977) 8111				

# 検査予約表



聖マリアンナ医科大学病院  
ST. MARIANNA UNIVERSITY HOSPITAL

<b>核医学</b>	患者名		生年月日	
検査名	<b>投与 PET-CT FDG (自費)</b>			
予約日	<b>年</b>	<b>月</b>	<b>日</b>	予約時間 <b>時</b> <b>分</b>
訪問先	<b>正面入口：11番初診受付窓口 → 核医学：入院棟1階 核医学検査室</b>			
<b>【受付到着時間】</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 予約時間の1時間程度前までに正面入口すぐにあります、11番初診受付窓口にお越しください</li><li>・ その後、入院棟1階核医学受付までお越しください（予約時間の30分前には到着をお願いします）</li><li>・ 時間に余裕を持って来院をいただき、核医学受付到着時間に遅れないようにお願いします</li></ul>				
<b>【注意事項/前処置/食事・水分制限】</b>				
<b>【食事について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 投与6時間前からお食事はしないでください（アメ・ガムなども禁止です）</li></ul>				
<b>【水分について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 投与6時間前から水分は水のみとして下さい（糖分の入った飲み物・ジュースなどは禁止です）</li></ul>				
<b>【内服について】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ インスリンの使用は主治医に確認してください</li><li>・ その他、糖尿病薬は食事摂取しなかった場合は休薬としてください</li></ul>				
<b>【その他注意事項】</b>				
<b>【検査を受ける際の注意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 検査前日から検査終了までの間は激しい運動・大声・長時間の会話はお控えください</li><li>・ 着替え・トイレ・移動などに介助が必要な方は、ご家族などの付き添いが必要となります</li><li>・ 検査当日に問診を行います</li></ul>				
<b>【検査をキャンセルする場合は】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 体調不良などで検査をキャンセルする場合は検査前日12時、前日が休診日の場合は休診日前日12時までにご連絡をお願いします</li><li>・ この検査に使用する薬剤は高額であり、一人ひとりの検査時間に合わせて届きます。無断および当日のキャンセルの場合は薬剤代金（5万円弱）をご負担いただく場合がありますのでご了承ください</li></ul>				
<b>【その他注意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 検査先日に薬剤発注のため、来院確認の電話をさせていただきます</li><li>・ 検査後海外へ渡航するご予定のある方はお申し出ください</li></ul>				
聖マリアンナ医科大学病院 044 (977) 8111				