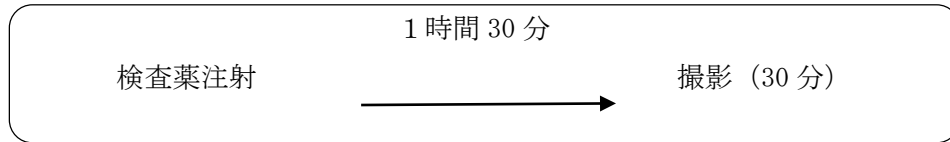


PET-CT 検査についての説明書・同意書

氏名 _____

検査日時 年 月 日 時 分

☐ 【検査の流れ】



- ・検査は約2時間で終了します。

☐ 【食事についての注意】

- ・検査の予約時間の6時間前から絶食をお願いします。
- ・心臓サルコイドーシス PET の場合は18時間前から絶食をお願いします。
- ・絶食中にお茶、水などは摂取可能ですが、ジュース類など糖分を含むものは避けてください。
- ・食物、ジュース、糖分を含む飲料を摂取すると、検査薬が目的部位に集積しにくくなるため、当日の検査は中止・再予約となります。

☐ 【検査禁忌または不適格な場合】

以下に該当する方は検査が行えない場合がありますので必ず説明医師へご相談ください。

- ・糖尿病の方
- ・妊娠中あるいはその可能性のある方
- ・授乳中の方
- ・植込み型除細動器（ICD）を装着されている方
- ・閉所恐怖症の方
- ・約30分間じっとしてられない方
- ・約1時間30分1人でいられない方
- ・未就学児（5歳以下）

☐ 【ご注意】

- ・検査予約時間30分前までに病院1階「初診受付」までお越しください。
- ・検査のキャンセルは検査前日の16時30分（休日は除く、土曜日は12時）までに中央放射線部 検査予約係へご連絡ください。
- ・やむを得ない事情がなく、「遅刻をした」「来院しなかった」「誤って食事をした」など患者さんの都合で検査ができなかった場合、薬剤費（44,550円）は患者さん負担となります。

帝京大学医学部附属病院 03-3964-1211（代表）

中央放射線部 検査予約係 （内線）3224

連絡時間 平日 8:30～16:30 土曜日 8:30～12:00

☐ 上記の内容を理解し検査を受けることに同意いたします。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

年 月 日 貴院名 _____

説明医師名 _____

患者署名 _____

患者本人以外署名 _____（続柄）