



宛先：宮城県立がんセンター 地域医療連携室  
FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室直通  
PET-CT検査依頼書

【発信先】

宮城県立がんセンター 地域医療連携室  
〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1  
TEL:022-381-5152  
FAX:022-381-1169

【紹介元】

令和 年 月 日

医療機関名：	
連絡先 TEL：	
FAX：	
診療科・医師名：	科 先生
(連絡担当者様： )	

※ 予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日・年末年始)のお申込みについては、原則として翌診察日の対応となります  
※ 診察ご希望の場合は、「診療予約申込書」でご予約お願いします

検査不可：ICD(植込み型除細動器)、DBS(脳深部刺激療法)植え込みの方、  
高血糖(200mg/dl以上)の方、妊娠中の方  
要相談：介助が必要な方

ふりがな			
患者氏名	様	性別	1.男性 2.女性
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	歳
住所	電話 ( )		
受診希望日	※ 他の予定がない日をお選びください	① 令和 年 月 日 ( ) ② 令和 年 月 日 ( ) ③ 診察日いつでも可	
臨床診断			
検査目的	1. 病期診断 2. 再発診断 3. 原発巣検索 4. その他( )		
施行した画像検査等	CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他 ( ) 腫瘍マーカー：( ) 病理検査：無・有( )		
検査に必要な確認事項	体重： kg ( 年 月測定) 移動方法：独歩・車いす(軽介助のみ) ペースメーカー：無・有 ICD：無・有(検査不可) DBS：無・有(検査不可) 糖尿病：無・有(血糖値 mg/dl) 妊娠：無・有(検査不可) 授乳：無・有 認知機能低下：無・有 排泄：自立・軽介助		
臨床経過、その他検査に関わる留意点等			

がんセンター記入欄 予約日	令和 年 月 日 ( ) 時 分
------------------	------------------

2026.6版

※検査に関する注意事項

- ・検査前1ヶ月以内のバリウム検査・前日の内視鏡検査は、アーチファクトとなる可能性があります
- ・検査当日の血糖値が200mg/dl以上である場合、検査精度が低下します
- ・全身のスクリーニング、フォローアップは保険適用外となります
- ・同一月内にガリウム・シンチグラフィーの核医学検査が行われている場合も保険適用外となります
- ・保険適用外の場合、自由診療となり、約10万円の自己負担となりますので、ご注意ください