

検査の予約から撮影までの流れについて（PET-CT検査）

1 山王メディカルセンターの下記番号へ電話をしてください。

電話番号 03-3402-7325（検査予約専用電話）

- 1) 「〇〇(病院・クリニック名)ですが、PET-CT検査を依頼したい」とおっしゃってください。
担当者が対応いたします。
- 2) 『紹介状・診療情報提供書(PET-CT検査依頼票)』の記載内容を確認のうえ、**仮予約**をおとりします。

※ なお「高血糖の方」・「ペースメーカーをお付けの方」はお受けしておりません。ご了承ください。

保険適用の確認のため、予約日時は**原則1週間以降**とさせていただきます。

予約枠 (2018.3～)	施行曜日	施行時間			
	月～金	午前	11:30～(月・木のみ)	12:00～(月・木のみ)	
		午後	14:00～	14:30～	15:00～(月・木のみ)

【電話受付時間】 月～金 9:00～16:30

2 当院所定『紹介状・診療情報提供書(PET-CT検査依頼票)』をFAXしてください。

FAX番号 03-3402-5529

- 1) 電話でおとりした仮予約日時をはじめ、すべての項目を漏れなく記入のうえご送付願います。
- 2) 『紹介状・診療情報提供書』は、ご記入のうえ、当院ご来院の際、ご持参いただくよう患者様にご説明ください。
 - ①『紹介状・診療情報提供書』は**コピーを貴院控としてください。**
 - ②『患者様持参票』・③『注意事項』は**検査前日まで**によくお読みになるようお伝えください。
 - ④『PET-CT検査説明書・同意書』は、内容をご理解のうえ所定欄に**署名・捺印**いただくようお伝えください。
 - ①・④を**封入**し患者様へお渡しください。

※ 予約内容について変更等がある場合は、当院から電話にてご連絡します。

3 当日、受診者様は下記の必要書類をご持参いただき、当院へご来院ください。

【必要書類】

- 保険証
- ①『紹介状・診療情報提供書』
- ②『患者様持参票』
- ③『注意事項』
- ④『PET-CT検査説明書・同意書』

- 1) 予約時間の**30分前までに**当院1階受付へお越しくださるようご説明ください。
- 2) 検査後、会計がお済みになりましたら、当日は終了です。

4 読影結果は、後日、画像(CD-R)とともに郵送いたします。

※ 放射線科医が読影し、ご紹介いただいた先生宛に結果を郵送いたします。