FDG-PET検査依頼票（診療情報提供書）

　　　検査予約日時：　　　　　年　　　月　　　日（午前・午後）　　時　　分

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者様** | フリガナ | 性別男・女 |  | **貴医療機関** | 住所・医療機関名　　〒　　　　－TEL　　　　（　　　　　　）　　　　　（内）FAX　　　　（　　　　　　） |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 生年月日T・S・H・R　　　年　　　月　　　日（　　　才） |
| 体重　　　　　　　　　Kg | 身長　　　　　　　　　cm |
| 住所　　〒　　　　－TEL　　　　　　　（　　　　　　）FAX　　　　　　　（　　　　　　） |
| 診療科　 |
| 担当医師　 |

保険診療確認事項（保険適用の可否を判断します）

★

|  |  |
| --- | --- |
| 前回受信歴 | [ ] 　有（　[ ] 　当院　[ ] 　他院　　　　　　年　　　月　　　日）　　[ ] 　無 |
| 臨床診断 | [ ] 　頭頚部癌（　　　　　　　　　　　　　）　　[ ] 　肺癌　　[ ] 　食堂癌　　[ ] 　乳癌　[ ] 　膵癌　　[ ] 　大腸癌　　[ ] 　子宮癌（頚・体）　　[ ] 　卵巣癌[ ] 　原発不明癌　　[ ] 　悪性リンパ腫　　　[ ] 　悪性黒色腫[ ] 　てんかん　　　[ ] 　虚血性心疾患　　　[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査目的 | [ ] 　良悪鑑別　　[ ] 　病期診断　　[ ] 　転移　/　再発診断　　[ ] 　原発検索　　[ ] 　その他 |
| 病理診断 |  | PET-CT（S590,S591） |
| B4フィルム　　　　　　　　枚 |
| 実施検査 | [ ]  　CT　　[ ] 　MRI　　[ ] 　RI　　[ ] 　US　　[ ] 　その他（　　　　　　　） |
| 生食100ｍｌ　　　　　　　　本 |
| 腫瘍マーカー |  |
| その他（　　　　　　　　　） |
| 持参フィルム | [ ] 　有　（返却　要　・　不要　）　[ ] 　　無 |
| 放射線技師 |  |
| 【臨床経過・検査目的】　（最近の手術・化学療法・放射線治療に関しては月日・内容をご記入ください） |
| 検査前確認事項 |
| 移動方法 | 独歩　・　車椅子　・　ストレッチャー | 糖尿病 | 無　・　有　（空腹時血糖　　　　　　　ｍｇｄｌ） |
| 20分静止 | 可能　・　不可 | 腎機能 | 正常　・　異常　（飲水50ｍｌ　：　可　・　不可　） |
| 病名告知 | 告知済　・　未告知 | 女性 | 妊娠の可能性 | 無　・　有 | 授乳 | 無　・　有 |
| 閉所恐怖症 | 無　・　有 | 最終月経（　　　月　　　日　～　　　月　　　日） |
| 感染症 | 無　・　有 | 月経周期（　　　日）　　　閉経（　　　才） |
| その他留意点 |  |