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 |  | | | | | | | | | | |