

# 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	貴医療機関	住所・医療機関名 〒 -
	氏名	男・女		TEL ( ) (内)
	生年月日		FAX ( )	診療科
	T・S・H・R 年 月 日 (才)			担当医師
	体重 Kg 身長 cm			
	住所 〒 -			
TEL ( )				
FAX ( )				

## 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	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 無	
臨床診断	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ( ) <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌(頸・体) <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移 / 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発検索 <input type="checkbox"/> その他	
病理診断		PET-CT (S590,S591)
実施検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ( )	B4 フィルム 枚
腫瘍マーカー		生食 100ml 本
持参フィルム	<input type="checkbox"/> 有 (返却要・不要) <input type="checkbox"/> 無	その他 ( )
		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						

