

PET-CT検査依頼書

患者情報	(フリガナ) 氏名	生年月日		年	月	日
	連絡先 (連絡可能な番号)	優先順位① () - () - ()	自宅・携帯・勤務先			
		優先順位② () - () - ()	自宅・携帯・勤務先			
	身長 :	cm	体重 :	kg		

検査前日(検査前日が土日、祝日明けの場合はそれぞれ直近の金曜、祝前日)の8時30分～9時30分頃に、当院の受付から連絡先へ受診確認のお電話をさせていただきます。

PET検査歴	なし	・	あり	前回検査より6ヶ月以上空けてください
安静	可	・	不可	↳「不可」の場合検査困難です
糖尿病	なし	・	あり	
排尿	自立	・	導尿	・ オムツ ・ その他()
患者移動方法	独歩	・	車椅子	・ ベッド(ストレッチャー)
感染症の有無	なし	・	あり	・ 未
	『あり』の場合は具体的に()			
閉所恐怖症	なし	・	あり	↳「あり」の場合検査困難です
検査1週間以内のバリウム使用	なし	・	あり	
妊娠(女性のみ)	なし	・	あり	・ 疑いあり
授乳中の有無(女性のみ)	なし	・	あり	↳「あり」の場合ご相談ください

妊娠『あり』『疑いあり』の場合は、原則として検査ができません。

検査依頼情報項目(以下の中で、該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)してください)	
保険適用条件	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) ※ 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に用いる。 ※ 悪性腫瘍以外の検査目的(心サルコイドーシス、てんかん等)は当該診療科へ紹介の上検査依頼ください。
保険病名	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌(部位:) <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 悪性骨軟部腫瘍(部位:) <input type="checkbox"/> 原発不明癌(転移確認部位:) <input type="checkbox"/> その他の癌()
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他()
施行した画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他() ※ PET-CT検査前にCT、MR、超音波など他の画像検査の施行をお願いいたします。
<p style="text-align: center;"><u>検査目的や詳細事項(現病歴、臨床症状等)により、検査内容を確認するため、依頼される先生にお電話させていただくことがあります。ご了承ください。</u></p>	
特記事項:	

※本書に①診療情報提供書、②問診票を添付してFAXしてください。
 (検査目的や現病歴、臨床症状等は診療情報提供書に記載してください)