

## PET-CT検査 依頼書

## ①患者情報

患者名	生年月日	西暦	年	月	日
連絡先 電話番号を 記載ください。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	【	—	—	】
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	【	—	—	】

\*検査及び前処置の前日（検査が土日・祝日の翌日では土日・祝日の前日となります）に  
8時30分～9時30分ごろに当院受付より来院確認の電話をさせていただきます。

## ②検査依頼に必要な情報

保険適応条件	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（早期胃癌を除く）		
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"/> 胃癌 <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"/> 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 [ ]		
検査目的の詳細事項（現病歴・臨床症状など）は診療情報提供書（紹介状）に記載ください。			
特記事項			
身長	cm	体重	kg

## ③核医学検査に必要な情報

PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
安静	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 [ ]
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
検査1週間以内の バリウム使用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠・授乳の 有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（感染症名）