

◆ 診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書) ◆

(貴院控)

(紹介先)

西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター 宛

サテライトクリニック PET/CT 佐世保 宛

記入日 年 月 日

患者様	フリガナ 氏名	男 女	体重 kg	紹介元医療機関	医療機関名	
	生年月日	年 月 日	歳		診療科	
	住所	〒			担当医師	Ⓜ
	TEL 自宅 携帯・その他()				住所	〒
					TEL	
					FAX	

◎必ず保険適用条件をご確認頂き、傷病名とチェックをお願いします(いずれかに該当すること)。

PET受診歴 あり (年 月 日) なし

◎検査できない方…植え込み型除細動器装着者や、PET検査前1週間以内に胃透視、注腸造影を受けた方。

臨床診断 (傷病名)	悪性腫瘍 (早期胃癌を除く。) 疑い病名は適用外となります。	検査目的 (紹介目的)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索
保険適用条件	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により悪性腫瘍の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない。 <input type="checkbox"/> 病理診断が困難だが、他の検査、画像診断、臨床経過より高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断。 <input type="checkbox"/> 生検、画像診断などで転移巣が疑われ、かつ腫瘍マーカーの上昇など悪性腫瘍の存在を疑う。		

◎症状経過および検査結果、治療経過、既往歴、家族歴、現在の処方など ※必ずご記入ください

腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 測定 () <input type="checkbox"/> 未測定
画像診断検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施 () <input type="checkbox"/> 未実施 (理由:)
化学療法	<input type="checkbox"/> 有 最終期間 () <input type="checkbox"/> 無
放射線治療	<input type="checkbox"/> 有 最終期間 () <input type="checkbox"/> 無
備考・その他	

◎検査前の確認事項(患者さまの状態をお知らせください。)

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 (階 棟)	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	空腹時血糖	mg/dl ★高血糖の場合、偽陰性になりやすい。検査続行は 可 不可
O ₂ 使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊 娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
告知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
20分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 仰臥位不可 <input type="checkbox"/> 不可	★20分静止不可の方は検査できません。	

お願い

◎必要事項をご記入いただき、捺印後に郵送またはFAXにてお申し込みください。

また、FAXでのお申し込みの場合は、必ず原本の持参もしくは郵送をお願いします。

◎保険適用の可否、検査日時などが決定しましたらご連絡致します。

◎CT・MRIなどの参考画像がございましたら、持参もしくは郵送でのご準備をお願いします。

申込み・問い合わせ FAX:0957-25-1288 TEL:0957-25-6666
 医療法人 祥仁会 西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター 〒854-0063 諫早市貝津町3015