

P E T - C T 診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
浜田医療センター 放射線科
殿

紹介元医療機関の所在地・名称等

〒 697-8511 島根県浜田市浅井町 777 番 12

Tel 0855 (25) 0505 (代表)

Fax 0855 (28) 0707 (管理課)

(地域連携室)

Tel 0855 (28) 7091

Fax 0855 (28) 7100

検査日 平成 年 月 日 時 分

医師名

印

患者	フリガナ	生年月日				
	氏名	男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	身長 体重	cm kg
	住所	連絡先	()			

確認事項(必ずご記入ください。)

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	平成 年 月 日
撮影範囲	(撮影範囲は頭部～大腿基部まで) 撮影範囲に希望がある場合に記入	
診療種別及び目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(確定) ⇒ <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 (早期胃がんを除く) 保険診療の要件…「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とき」 <input type="checkbox"/> 自費診療 ⇒ <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(疑) <input type="checkbox"/> その他 ()	
病名		
画像診断検査 ※要画像データ	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(最終検査日 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(最終検査日 平成 年 月 日) ※ガリウムシンチと同一月内のPET-CTは不可	
腫瘍マーカー		
診療経過・検査目的等		
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 昭和・平成 年 月 術式 ()	

※①検査の依頼に当たっては、保険診療の取扱いに従ってください。

②保険診療で依頼の場合、「診療経過・検査目的等」欄にはPET-CT検査を依頼するに至った理由を、詳細に記載してください。単に「〇〇癌疑いのため精査目的」ではなく、「〇〇の理由により△△癌と診断した。」や、「××により□□癌と診断したが、☆☆の理由により◎◎の検査が実施できないため、PET-CT検査を依頼」等、経過をお願いします。

検査前確認事項

現在の状況	外来・入院中	告知の有無	有・無	閉所恐怖症	有・無	妊娠可能性	有・無
移動方法	歩行・車椅子・ストレッチャー			腎機能	正常・異常 (^{BUN} _{クレアチン})		
20分静止	可・不可 ()			糖尿病	有(空腹時血糖 mg/dl)・無		
ペースメーカー	無・有 (メーカー)						
その他留意点 必要な処置等							

検査中は、検査エリアをお一人で移動して頂く関係上、介護を必要とする患者さまについては、介護の出来る家族などの付添がおられない場合は、検査をお受けできません。また、記入内容についてこちらからお問い合わせをすることがあります。