

# PET-CT検査依頼・紹介状

診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> 自由診療
------	-------------------------------	-------------------------------

ご依頼日：                    年            月            日

◆ 主治医様ご記入欄：以下の赤太枠内をご記入ください

当院から直接患者様にご連絡させて頂く場合がありますので、ご連絡先は必ず記入して下さい

患者さま情報	貴施設ID	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院			ご依頼施設情報	医師名				
	ふりがな					施設名				
	ご氏名					診療科				
	生年月日	S	年	月		日	歳	電話		
	ご連絡先	TEL	(                    )			FAX				
身長	cm		体重	kg						
検査日時	年		月	日	( 曜 )	時	分			
診断名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (                    ) 確定 <input type="checkbox"/> (                    ) への 転移・再発 疑い ※ 以下の条件を満たした場合にのみ保険適用となります                    ※ 早期胃がんは保険適用外となります ・ 他の画像診断により病气・転移・再発の診断が出来ない ・ 病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上蓋然性をもって悪性腫瘍と診断できる									
腫瘍マーカー その他	検査日	/	/	/	3ヶ月以内に実施した 画像検査 (実施日)	<input type="checkbox"/> CT(                    )	<input type="checkbox"/> MR(                    )			
	CA19-9					<input type="checkbox"/> RI(                    )	<input type="checkbox"/> US(                    )			
	CEA					<input type="checkbox"/> その他				
	CYFRA					(                    ) ※ がんの病名確定の他に、CT・MRI等の断層 画像診断が施行されている場合に保険適用 となりますので、出来るだけ検査画像を CD-R等で患者様にお渡し下さい				
	DUPAN2									
	PIVKA2									
	ProGRP									
	SPan1				病理診断 (診断日)	<input type="checkbox"/> 施行している (                    )				
				未実施の場合は その理由	<input type="checkbox"/> 施行していない					
保険適用理由となる臨床経過 (レセプトに記載する症状詳記)                    ※できるだけ日本語で、詳細にご記入下さい。										
留意事項	感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他(                    )								
	植込型ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	糖尿病治療 (インスリン投与)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	空腹時血糖値 [FBS]	(                    mg/dL )		測定日:	[                    ]					
	過去1ヶ月以内の消化管造影検査 歩行状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		検査日:	[                    ]					
(その他の留意点) <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー										

◇ 福岡病院記入欄

福岡病院ID	FDG投与時刻	FDG投与量	CT撮影条件	撮影技師
	:	MBq	120[kV] Auto[mA] 100[cm]                    [sec]	

# PET-CT 紹介受診伝達票

結果送付期限	
患者氏名	( <input type="checkbox"/> 入院      • <input type="checkbox"/> 外来 )  <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 男      •      <input type="checkbox"/> 女</span>
生年月日	年      月      日
連絡先	
検査日時	年      月      日 (      )      時      分  <input type="checkbox"/> 保険診療      • <input type="checkbox"/> 自由診療 (結果送付先: 病院・本人)      • <input type="checkbox"/> DPC

## 患者情報

禁忌の内服	<input type="checkbox"/> 有 (      )      • <input type="checkbox"/> 無
介助	要 (付き添い <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 無)      • <input type="checkbox"/> 不要 付き添う方 (      )
30分仰向けで静止	<input type="checkbox"/> 可      • <input type="checkbox"/> 不可
認知症	<input type="checkbox"/> 有      • <input type="checkbox"/> 無
バリウムを含む消化管造影 (PET-CT前1ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> 有      • <input type="checkbox"/> 無
がん告知	<input type="checkbox"/> 有      • <input type="checkbox"/> 無
酸素	<input type="checkbox"/> 有      • <input type="checkbox"/> 無
バルーン	<input type="checkbox"/> 有      • <input type="checkbox"/> 無
シャント	有 ( <input type="checkbox"/> R • <input type="checkbox"/> L )      • <input type="checkbox"/> 無
(入院中の方のみ) マーゲンチューブ	<input type="checkbox"/> 有      • <input type="checkbox"/> 無
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 (メーカー名:      )      • <input type="checkbox"/> 無
備考	
注意事項	※予約変更又はキャンセルをされる場合は検査2日前までに 当院までご連絡ください。

依頼医療機関	
依頼科	
依頼医師	先生