

※病院記入欄		ID			決定日時		
--------	--	----	--	--	------	--	--

岩手県立中部病院 P E T - C T 検査予約申込票 (診療情報提供書) 〒024-8507 岩手県北上市村崎野17地割10番地 岩手県立中部病院 地域医療福祉連携室 TEL 0197-71-1511 FAX 0197-71-1881 (連携室専用)		連携医療機関		平成	年	月	日
		所在地		〒			
		医療機関名					
		電話		()			
		F A X		()			
診療科		科 (入院・外来)					
担当医師							

検査希望日時：		年	月	日	()	午前	・	午後
P E T 画像の受け取り媒体		C D / フィルム						

(フリガナ)		生年月日		明 大 年 月 日 (歳)
患者氏名		様 (男・女)		昭 平
住所		TEL ()		

保険適応に関する確認事項		
検査の目的 (チェックで 選んでください)	☐ 組織診または細胞診で確定のついている悪性腫瘍 (早期胃癌を除く／原発不明癌を含む) →病期診断、再発診断・転移検索、原発検索 ☐ 組織診または細胞診での確定は得られていないが 臨床的に悪性腫瘍と診断されているもの →病期診断、再発診断・転移検索、原発検索	→保険適応となります
	☐ 病変の良・悪性の鑑別 (有効とは言えません) ☐ 悪性腫瘍の有無のスクリーニング (不明熱など)	→保険適応外です (自費診療をお願いします)

診療に関する確認事項 (該当する項目をもれなくご記入ください)	
臨床診断	
病理診断	☐ 無 ☐ 細胞診 ☐ 組織診 ()

腫瘍マーカーその他	
病歴・経過等	
手術歴	無／有 (年 月 術式 病理診断)
身長・体重	cm kg 高カロリー輸液 ☐ 無 ☐ 有 ()
移動	☐ 歩行 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー 30分程度の安静仰臥 ☐ 可 ☐ 不可
糖尿病	☐ 無 ☐ 有 (F B S mg/dl) 閉所恐怖 ☐ 無 ☐ 有 ()
飲水負荷	☐ 可 ☐ 不可 妊娠中／授乳中 ☐ 無 ☐ 有 ()
ペースメーカー・ICD	☐ 無 ☐ 有 (メーカ 機種) ※ペースメーカーを留置されている方は機種・メーカが記載されている手帳又はカードを当日ご持参ください。
その他留意事項	

注意点：通常の撮影範囲は頭頂部から大腿近位部までです。
それ以外に下肢まで撮像を希望する場合は「その他留意事項」欄に記入してください。
下肢までの全身撮像は検査2枠分(約1時間)を要するので事前予約をお願いします。
また、画像的には大腿部で上下に分割された2つの画像となり、1つの全身像には
できませんのでご了承ください。