

※病院記入欄

ID	決定日時
----	------

岩手県立中部病院  
PET-CT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	( )
FAX	( )
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
PET画像の受け取り媒体	CD			

(フリガナ)							
患者氏名	様 (男・女)	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日 ( 歳)			
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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (※心サルコイドーシスにおける炎症部位診断目的のPET-CTについては、循環器内科への診療申込みをお願いします)	→保険適応となります
	<input type="checkbox"/> 病変の良・悪性の鑑別 (有効とは言えません) <input type="checkbox"/> 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 (自費診療でお願いします)

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		【※心サルコイドーシス 検査申込不可】
病理診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	30分程度の安静仰臥	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (FBS mg/dl)	閉所恐怖	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
飲水負荷	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	妊娠中/授乳中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (メーカー 機種 )	※ペースメーカーを留置されている方は機種・メーカー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。