

ID	決定日時
----	------

岩手県立中部病院
PET-CT検査予約申込
票

連携医療機関 令和 年 月 日

(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 0197-71-1518
FAX 0197-71-1881 (紹介センター専用)

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-R						

(フリガナ) 患者氏名	様 (男・女)	生年月日	大 昭 平 令 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)
最新のCT検査施行日 (予定含む) : 年 月 日		

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。	
持続血糖測定装置等	CGM・FGM等を装着していますか? なし・あり (撮影時に取り外す場合があります)		
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。