

※病院記入欄

|    |      |
|----|------|
| ID | 決定日時 |
|----|------|

岩手県立中部病院  
FDG-PET  
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 0197-71-1518  
FAX 0197-71-1881 (紹介センター専用)

連携医療機関

令和 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-R      |    |   |    |

|                |         |      |       |            |
|----------------|---------|------|-------|------------|
| (フリガナ)<br>患者氏名 | 様 (男・女) | 生年月日 | 大平 昭令 | 年 月 日 ( 歳) |
| 住所             | TEL ( ) |      |       |            |

保険適用に関する確認事項

|                             |  |                           |
|-----------------------------|--|---------------------------|
| 検査の目的<br>(チェックで<br>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<br>(早期胃癌を除く/原発不明癌を含む)<br>→病期診断、再発診断・転移検索、原発検索<br><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<br>臨床的に悪性腫瘍と診断されているもの<br>→病期診断、再発診断・転移検索、原発検索<br>(※心サルコイドーシスにおける炎症部位診断目的のPET<br>-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) | →保険適用となります                |
|                             | <input type="checkbox"/> 病変の良・悪性の鑑別 (有効とは言えません)<br><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の有無のスクリーニング (不明熱など)  | →保険適用外です<br>(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<br>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。