

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

連携医療機関

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-R					

(フリガナ)						
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 〔※心サルコイドーシスにおける炎症部位診断目的のP E T - C T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
	☐ 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	☐ 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。