

FDG-PET検査依頼書

依頼日 平成 年 月 日

患者情報

ふりがな	性別	生年月日
氏名: 様 (男・女)	T・S・H	年 月 日 (歳)

- PET-CT検査ご依頼の際は、診療申込書(様式1)と一緒に、こちらのFDG-PET検査依頼書(様式5)に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室 (平日8時30分～17時15分)

FAX 019 (654) 5052

電話 019 (622) 9996 (直通)

最近施行した画像診断	CT(月 日)・MRI(月 日)・Gaシンチ(月 日)・その他()					
検査に必要な告知	有・無	腎機能障害	有()・無	糖尿病	有(空腹時 mg/dl)・無	
確認事項	妊娠	有・無	アレルギー等	有()・無	付き添い	有(家族・医療従事者)・無
	静止	可・不可	感染症	有()・無	移動	歩行・車椅子・ストレッチャー
身長・体重	cm	Kg	高カロリー輸液	有()・無		
閉所恐怖症	有・無		ペースメーカー・ICD	有()・無		
妊娠中/授乳中	有()・無		その他の留意事項			

診療に関する確認事項 保険適応があることをご確認の上、該当する事項をみれなくご記入ください。

保険適応となる臨床診断名(早期胃癌を除く悪性腫瘍)	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌() <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患() <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> その他()
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発検索 <input type="checkbox"/> その他()
病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診()

手術歴 無 有 時期 _____ 疾患・術式 _____
 時期 _____

処方

【紹介元医療機関】

名称 _____
医師名 _____