

## 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 (直通)**

**電話 019(622)9996 (直通)**

同月に施行した画像診断	CT( 月 日)・MRI( 月 日)・Gaシンチ( 月 日)・その他( )					
検査に必要な 確認事項	告知	有・無	アレルギー等	有( )・無	糖尿病	有(空腹時 mg/dl)・無
	静止	可・不可	感染症	有( )・無	付き添い	有(家族・医療従事者)・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	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、該当する事項をも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)	<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"/> 膵癌
	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	
	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> その他の癌( )		
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"/> 治療効果判定 <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