

## PET-CT検査依頼書

依頼日 令和 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PET-CT検査依頼書(様式5)に必要事項をもれなくご記入の上、FAXにてお送りください。

記入もれがある場合は、確認の連絡を差し上げる場合があります。

- 保険適応に関する確認事項

- ・保険適応疾患: 早期胃癌を除く悪性腫瘍、てんかん、虚血性心疾患、心サルコイドーシス、血管炎
- ・保険適応要件: 他の検査により病期診断、転移、再発診断が確定できない場合のみ
- ・腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等のみでは保険適応外

- 検査目的等を選択してください。

検査目的	<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( )				
保険適応となる臨床診断名(早期胃癌を除く)	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 心疾患(心サルコイドーシス)	<input type="checkbox"/> 血管炎	<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"/> その他の癌( )			
病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診	<input type="checkbox"/> 組織	<input type="checkbox"/> 不明		
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( )				
備考欄					

診療状況	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中	身長	cm	体重	kg
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
	飲水	可・不可	酸素	有( L)・無	移動	歩行・車椅子・ストレッチャー
ペースメーカー	有( )・無		妊娠中/授乳中	有( )・無		
閉所恐怖症	有・無		最終月経	月 日	<input type="checkbox"/> 閉経	
高カロリー輸液	有( )・無		その他			

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)

## 【紹介元医療機関】

名称	
医師名	