

岩手県立中央病院 PET-CT 検査依頼書

記載日 令和 年 月 日

地域医療福祉連携室

FAX 019-654-5052

電話 019-622-9996

紹介元医療機関名

医師名

ふりがな		身長	cm
患者氏名	様 (男・女)	体重	Kg
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)		

■注意事項■

- ・当院では保険適応検査のみ対応しており、検診や自由診療は行っていない。
- ・保険適応外と判断した場合は、予約後であっても検査お断りの連絡をさせていただきます。
- ・依頼書の記載に不足がある場合は、追記をお願いすることがあります。

臨床診断名	
施行した画像検査	※PET検査前に何らかの画像検査が必要 ※同月のPETとGaシンチはどちらかが保険適応外 ☐ CT ☐ MRI ☐ RI(検査名) ☐ US ☐ CR ☐ 他() 施行日 年 月 日
直近のPET検査	※保険請求は6ヶ月に1回です(悪性リンパ腫の治療効果判定を除く) 無 ・ 有 : 年 月
病理検査	施行した病理と結果
腫瘍マーカー	施行項目と結果

●検査目的を選択してください。

☐ 悪性腫瘍 ①②③回答必須 (早期胃癌を除き 悪性リンパ腫を含む)	①	☐ 他の検査、画像検査により診断(③で選択)が確定できない
	②	☐ 病理組織学的に悪性腫瘍と確定している
		☐ 病理組織学的に確定はされていないが、臨床的に悪性腫瘍と診断される
	③	☐ 病期診断：治療前または二段階治療の方針決定のため
☐ 転移・再発診断：転移や再発を疑う画像診断の所見、臨床的兆候がある		
☐ 治療効果判定：悪性リンパ腫である		
☐ 心サルコイドーシス 目的を選択		☐ 心サルコイドーシスが確定し、炎症部位の診断のため
		☐ 心サルコイドーシスの診断のため(サルコイドーシスが確定し、心電図または心エコーで心サルコイドーシスを疑うもの)
☐ 大型血管炎(高安動脈炎、巨細胞性動脈炎):大型血管炎と診断され、病変の局在又は活動性の判断のつかないもの		
☐ スクリーニング、良悪性の鑑別、不明熱の鑑別診断 腫瘍マーカー高値のみの存在診断目的		⇒保険適応外のため検査をお受けできません

現在状況	入院・外来	高カロリー輸液	無・有	アレルギー	無・有 ()
告知	有・無	30分の安静仰臥	可・不可	オムツ	無・有 ※交換用をお持ちください
飲水	可・不可	付き添い	不要・要	妊娠/授乳	無・有 ()
感染症	無・有	閉所恐怖症	無・有	最終月経	月 日頃・ 閉経
酸素	無・有(L)	糖尿病	無・有：空腹時血糖値	mg/dl	薬剤
移動	歩行・車いす・ストレッチャー	使用中の薬	ステロイド剤・ G-CSF製剤・ 下剤		
ペースメーカー/ICD	無・有 機種	※検査当日ペースメーカー手帳をご持参ください			
持続血糖測定器/インスリンポンプ	無・有()	※検査時に取り外す場合があります			
その他留意事項					