

PET/CT 検査予約申し込み書 兼 診療情報提供書		年	月	日			
予約日時	年		月	日 () 午前・午後	時	分	
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名				印		
患者情報	(フリガナ)		男・女		電話番号		
	氏名				()		
	生年月日	年	月	日	身長	cm/体重	kg
	① 歩行	<input type="checkbox"/> 可			<input type="checkbox"/> 不可	(車椅子・ストレッチャーなど)	
② 仰臥位で 30 分	<input type="checkbox"/> 可			<input type="checkbox"/> 不可			
③ 告知	<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし			
④ 感染症	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり			
注意事項	検査前 5 時間は絶食です。糖分の入った飲料/輸液・インスリンもやめて下さい。 糖分のっていない水やお茶は飲んでも構いません。 ※ 心サルコイドーシスは 18 時間絶食です。						
重要 確認事項 *必ずチェックを ご記入ください	悪性腫瘍 FDG-PET の保険適応要件 (<small>てんかん・心疾患はこの範囲ではありません</small>)						
	<input type="checkbox"/>	悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)の診断が確定している。 または、病理診断が確定していなくても臨床的に高い蓋然性がある。 (確定病名や詳細を下記へご記入ください。)					
	<input type="checkbox"/>	血管炎の診断を目的とする。 (高安動脈炎または巨細胞性動脈炎と診断されている患者が対象になり、不明熱の鑑別診断や大型血管炎疑いの患者は保険適応外となります。)					
<input type="checkbox"/>	FDG-PET 検査を行う以前に他の画像診断が行われていること。 (腫瘍マーカー高値で最初の画像診断が FDG-PET では不適切となります。)						
病名	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 肝胆膵腫瘍 <input type="checkbox"/> 血管炎	<input type="checkbox"/> 頭頸部がん・脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫・皮膚癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍(病名をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 泌尿器癌 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 心筋バイブリティ	<input type="checkbox"/> 胃癌・食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌・卵巣癌 <input type="checkbox"/> てんかん			
検査目的 既往歴 詳細	次回診察日 月 日						
結果画像 お選びください	必要な検査画像を CD (DVD) にて郵送いたします。※チェックがない場合は通常版とします。 <input type="checkbox"/> 通常版(1400 枚 : 600MB) <input type="checkbox"/> 簡略版(400 枚 : 310MB)						
1. 本票を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」を FAX いたします。 2. 本票は担当の先生ご自身による署名・捺印のうえ、紹介状として患者様にお渡しいただき、検査当日に当センターまでご持参ください。 3. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。							