

# PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

検査予約日時： 20 年 月 日 ( ) □午前 □午後 時 分

紹介元医療機関名：	所在地：
診療科：	
依頼医師氏名： <span style="float: right;">印</span>	電話番号： <span style="float: right;">内線</span>

フリガナ	ID： <span style="float: right;">□男 □女</span>
患者氏名：	生年月日： 年 月 日 ( 歳)
住所：	
連絡先（前日に確認電話をさせていただきます）：	

◆適応症例

◎悪性腫瘍（転移を含む） （疑いや早期胃癌は保険適応外です）

- ・病理による確定診断が得られない場合は、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される症例
- ・他の検査、画像診断により病期診断または転移・再発診断が確定できない症例
- ・原発不明癌の場合、転移巣が画像診断・生検などで疑われ、かつ、腫瘍マーカー高値を示すなど、悪性腫瘍の存在が疑われるが原発巣が不明な場合のみ保険適用

◎心サルコイドーシス

- ・サルコイドーシスと診断が確定し、かつ心病変を疑う検査所見を認める症例
- ・心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる症例

◎虚血性心疾患

◎大型血管炎

◎てんかん（難治性）

◆カルテ・診療報酬明細に下記の傷病名記載が必要となります。

カルテと一致しているか確認し、該当する箇所をチェックして下さい。

臨床診断 および 検査目的	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌（ <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 甲状腺） <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌（ <input type="checkbox"/> 体癌 <input type="checkbox"/> 頸癌） <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 その他の悪性腫瘍（病名 <span style="float: right;">)</span>	<input type="checkbox"/> 病期診断  <input type="checkbox"/> 転移診断  <input type="checkbox"/> 再発診断
	<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 大型血管炎 <input type="checkbox"/> てんかん（難治性）	
実施検査 (直近)	CT ( 年 月 ) <span style="margin-left: 100px;">MRI ( 年 月 )</span> 腫瘍マーカー（検査日・データ） ( ) その他（検査日・データ） ( )	

※画像データや読影レポートを持参して下さい

臨床経過・検査結果（手術・放射線治療などの内容・月日を記入して下さい）
-------------------------------------

- 同一月にGa腫瘍シンチグラフィ検査を施行していない
- 2ヶ月以内にG-CSF投与されていない
- 注射後1時間、撮影20分間、安静臥床できる
- (女性の場合) 妊娠中あるいは妊娠の可能性がない

<input type="checkbox"/> 外来通院中	<input type="checkbox"/> 入院中 (DPC適用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
体重:	kg
病名告知: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
閉所恐怖症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
移動方法: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド	
排泄状況: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 全介助	
麻薬使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名 )	
レスキュー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名 )	
糖尿病: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
有の場合 <input type="checkbox"/> インスリン ( ) <input type="checkbox"/> 内服 ( )	

**診療情報提供書、カルテ参照同意書(該当機関のみ)をFAXお願いします。**  
**検査当日患者さんに、診療情報提供書、カルテ参照同意書(該当機関のみ)、画像データ・レポート、同意書、問診票をご持参いただくようお願い致します。**

◆注意事項

- ・患者さんに検査の目的・概要・注意事項・費用(保険の3割負担で約3万円、保険適応外で約12万円(税込)、当日キャンセルの場合は検査薬約5万円は患者負担)などの説明を必ずお願い致します。(検査のキャンセルは前日午後2時まで)。
- ・検査6時間前からの絶食、および検査当日の朝より糖尿病内服薬・インスリンの中止を確実に行って下さい。インスリンによって薬剤が筋肉に集積するため検査ができなくなることがあります。(心サルコイドーシスの食事制限は、別紙参照)
- ・検査6時間前からの糖分含有の点滴は中止して下さい。
- ・検査前の空腹時血糖値が200mg/dl以上の場合、検査日が変更になることがあります。
- ・検査前日・当日の下剤の服用はできるだけ避けて下さい。下剤の刺激により大腸の集積が増強し、診断が困難となる場合があります。
- ・被ばく防止のため、検査同日に外来の診察や他検査は避けて下さい。
- ・問診、移動、排泄に介助が必要な方は、必ず家族の付き添いをお願いします。

◆検査予約は、厚生連高岡病院 PETセンターへ(TEL) 0766-21-3930⇒内線4415(9:00~16:00)

◆診療情報提供書は、厚生連高岡病院 地域医療連携室へ(FAX) 0766-24-9518(直通)