

## 診療情報提供書(PET-CT 検査依頼書)

古賀病院21

記載日

年 月 日

PET画像診断センター

紹介元医療機関名

担当医 行

お問合せ先電話番号

( )

検査予約日時

診療科

依頼医師名

印

年 月 日 ( 曜日) 時 分 受付

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 女	年 月 日
身長・体重	cm kg	電話番号	自宅 携帯 - -
		当院過去受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

●検査依頼 体部(下肢まで必要な場合はご連絡ください) **※腫瘍マーカー上昇のみでは保険適用になりません**

●臨床診断 悪性腫瘍(病名: ) **※早期胃癌は保険適用外**  
**\*疑いは不可 (膵臓癌のみ疑い可)**  
 病理診断  無  有 (結果: )

●PET検査の目的  病期診断  転移探索  再発診断  他 ( )

●検査歴 PET歴  無  有  
 Gaシンチ  無  有 →今月ですか?  はい  いいえ  
 CT  無  有 ・MRI  無  有  
 →CTまたはMRIを1ヶ月以内に撮影していますか?  はい  いいえ  
**※医療機関名** にて 年 月 日実施

●臨床経過(症状経過及び腫瘍マーカーなどの検査値)

詳細に臨床経過の記載(病理検査がない場合はその理由も)をお願いします。

●家族歴・既往歴・アレルギー歴:

<b>検査前確認事項(記入必須)</b>		現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中→連絡票をお送りください
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	20分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 (静止方法 )
介助者	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( )	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
呼吸	<input type="checkbox"/> 自発 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 要酸素 [ /分]		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →インシュリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
癌の告知	<input type="checkbox"/> 告知している <input type="checkbox"/> 未告知	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 授乳中
その他	<input type="checkbox"/> ストマ有り <input type="checkbox"/> 持続点滴有り <input type="checkbox"/> 膀胱外漏チューブ有り <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン有り		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ICD・CRTD・CRTP)	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

- ◆PET-CT検査ご依頼の際は、この診療情報提供書に必要事項を入力の上、古賀病院21PET画像診断センター (TEL:0942-38-3387)にご連絡頂き、予約をお取り頂いたあと、本書をFAXにてお送り下さい。(FAX:0942-38-3341)
- ◆本書の各欄に入力ができない場合には、別紙に記載しご送付下さい。
- ◆画像診断の電子データ・検査の記録を事前にお送り頂くか、検査当日に患者様にご持参頂いて下さい。

古賀病院21 PET画像診断センター <http://www.teniinkai.or.jp/pet/>  
 〒839-0801 福岡県久留米市宮ノ陣3丁目3-8 電話:0942-38-3387 FAX:0942-38-3341