

診療情報提供書 (PET-CT検査依頼書)

検査予約日時： 年 月 日 () 時 分

医療機関名			
診療科		担当医師	
T E L	()	F A X	()

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和
			年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	電話番号	自宅 ()
			携帯 ()
		身長	cm 体重 kg
※自立歩行ができない場合、身長及び体重が測定できないためご記入下さい(2週間以内)			

臨床診断	肺癌 大腸癌 悪性黒色腫 悪性リンパ腫 頭頸部癌 () 膵癌 乳癌 脳腫瘍 原発不明癌 食道癌 転移性肝癌 卵巣癌 子宮癌 前立腺癌 胃癌(早期胃癌を除く) 胆道癌 その他悪性腫瘍 ()
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 他 ()

【保険適用条件】

- 他の検査、画像診断により病期診断、転移再発の診断が確定できない患者
- 他の検査、画像診断により肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌または転移性肝癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者
- 他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者
- 転移性肝癌の原発巣の不明な患者
- リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者

画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 ()
------	--

病理検査	*実施した病理と結果(実施していない場合は理由をご記入願います)
------	----------------------------------

腫瘍マーカー	
--------	--

撮影希望範囲	<input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿部 <input type="checkbox"/> 他 () *特に希望がない場合は頭頂部～大腿部までとなります
--------	---

臨床経過等	
*必ずご記入下さい	

PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 医療機関名 ()
--------	---

手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 術式 ()
-----	--

化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 種類 ()
------	--

放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 部位 ()
-------	--

*手術・放射線治療・化学療法後の検査は、時期によって偽陽性発生の恐れがありますので予めご了承ください

糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *糖尿病薬剤について：検査当日の服用(投与)は避けてください *糖尿病患者の方はFDGの患部への集積低下により偽陰性所見を呈する可能性があります
-----	---

シャント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右腕 ・ 左腕)	現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中
------	---	------	--

移動方法	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
------	---	------	---

10分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------	--	------	---

妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
----	---	-----	---