

## PET/CT検査申込書 兼 診療情報提供書

検査日時	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
------	------------------------

※事前にお電話で検査日の仮予約が確定している場合のみご記入ください。

医療機関名	TEL:	FAX:
-------	------	------

診療科名	科	医師名	印
------	---	-----	---

ふりがな	生年月日
患者氏名	男・女
	大・昭・平 年 月 日

検査前々日の9時から12時の時間で、確実に連絡がとれる電話番号をご記入ください。	自宅
	携帯

確定病名	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> その他悪性腫瘍 ( ) ※組織診断 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
------	--

検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 治療後・再病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ)
------	--

手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式・時期
-----	---

化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 最終治療内容
------	--

放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 照射部位・期間
-------	---

画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし ※可能であれば、検査当日、ご本人に画像の持参をお願いします。
------	---

臨床経過	※悪性腫瘍と診断した根拠、本検査が必要である理由、身体所見、画像所見、腫瘍マーカー、臨床経過などをご記載ください。 ※貴院の書式の診療情報提供書の添付でも結構です。
------	---

身長	cm	体重	kg	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 1人で排泄可能	(有の場合、治療内容をご記載ください。)			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血糖値の制御 (空腹時150mg/dl以下が望ましい。)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30分程度の安静が保てる	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
ペースメーカー埋め込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
ICD埋め込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(※ICD挿入中の方は不適です)			
特記事項					

- 地域連携車で本票の内容を確認後、折り返し「検査予約確認書」を貴施設あてにFAX送信いたします。
- 本票は主治医の先生ご自身による「署名・押印」又は「記名・押印」のうえ、紹介状として患者様にお渡しください。  
なお、患者様には検査当日、忘れずにご持参いただくようお願いいたします。
- 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様へのご説明をお願いいたします。