

放射線診療同意あり

# PET-CT診療情報提供書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
浜田医療センター 放射線科

紹介元医療機関の所在地・名称等

殿

〒697-8511 島根県浜田市浅井町777番12  
TEL 0855(25)0505(代表)  
FAX 0855(28)0707(管理課)  
(地域連携室)  
TEL 0855(28)7091  
FAX 0855(28)7100

検査日 令和 年 月 日 時 分 医師名 ⑧

患者	フリガナ			生年月日		
	氏名	様 男・女	明大昭平令	年 月 日	身長	cm
	住所		連絡先	( )	体重	kg

## 確認事項 (必ずご記入ください)

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 前回受診日 平・令 年 月 日 )
撮影範囲	(撮影範囲は頭部～大腿基部まで) 撮像範囲に希望のある場合のみに記入
診療種別 及び 目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (確定) ⇒ <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 (早期胃がんを除く) 保険診療の要件…「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とき」 <input type="checkbox"/> 自費診療 ⇒ <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (疑い) <input type="checkbox"/> その他 ( )
病名	
画像診断検査 ※要画像データ	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (最終検査日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (最終検査日 令和 年 月 日) ※ガリウムシンチと同一月内のPET-CTは不可
腫瘍マーカー	
診療経過・検査目的 等	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 昭・平・令 年 月 術式 ( )

※①検査の依頼に当たっては、保険診療の取扱いに従ってください。

②保険診療で依頼の場合、「診療経過・検査目的 等」欄にはPET-CT検査を依頼するに至った理由を詳細に記載してください。単に「〇〇癌疑いのため精査目的」ではなく、「△△の理由により〇〇癌と診断した」や、「××により〇〇癌と診断したが、☆☆の理由により◎◎の検査が実施できないため、PET-CT検査を依頼」等、経過をお願いします。

## 検査前確認事項

現在の状況	外来・入院中	告知の有無	有・無	閉所恐怖症	有・無	妊娠の可能性	有・無
移動方法	歩行・車椅子・ストレッチャー			腎機能	正常・異常 (BUN クレアチン )		
20分静止	可能・不可能 ( )			糖尿病	有 (空腹時血糖 mg/dl) ・ 無		
ペースメーカー	無・有 (メーカー )						
その他留意点 必要な処置等							

検査中は、検査エリアをお独りで移動していただく関係上、介護を必要とする患者様については、介護のできる家族の方などのお付き添いがない場合は、検査をお受けできません。また、記入内容についてこちらからお問い合わせをすることがございます。ご協力をお願いします。