

## PET-CT依頼書

紹介元 医療機関		担当医師	科	医師
所在地		連絡先	TEL:( )	—
			FAX:( )	—
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診	当院 ID		
フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日	
住所	〒 —			
連絡先 (連絡可能な番号)	優先順位① 自宅・携帯・勤務先 ( ) —	優先順位② 自宅・携帯・勤務先 ( ) —		
PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(前回 : 年 月)		

## 検査依頼情報

紹介目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療
保険適用条件	<input type="checkbox"/> 早期胃がんを除く悪性腫瘍 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に用いる。 <input type="checkbox"/> 心臓(サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 大型血管炎
保険病名	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 悪性骨軟部腫瘍(部位: ) <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他( )
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他( )
臨床経過 腫瘍マーカー 放射線治療 手術歴等を 記入下さい	

## 患者情報

身体情報	身長 cm 体重 kg	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※必ずご記入ください	30分程の静止 (仰向け)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )		
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※当日手帳を持参下さい	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有