

診療情報提供書 (PET-CT検査用)

紹介先

独立行政法人 国立病院機構

岩国医療センター

地域医療連携室

Fax 0827-35-5896

フリガナ	
患者氏名	
生年月日	年 月 日

診療情報・検査情報

依頼病名	疑い病名では検査できません。
------	----------------

検査目的	注) 当院のPET-CT検査は保険診療のみです。以下の条件以外は受付できません。
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)	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
<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	上記+治療効果判定
<input type="checkbox"/> 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌	他の検査、画像診断でそ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
<input type="checkbox"/> 膵臓癌	他の検査、画像診断で膵臓癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な患者

放射線被ばく等に関する説明と検査に関する同意 有 無

病歴・臨床経過(できるだけ詳しく記入してください)

病理診断検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	腫瘍マーカー
結果()	()

当該疾患の治療歴

手術歴 有 無

具体的に ()

化学療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	放射線療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月 日	() 年 月 日

患者情報

妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 授乳中
患者病識	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知
絶食可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
仰臥位で安静	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 糖尿病薬剤を検査当日に服用(投与)するのは避けてください 検査当日の血糖値が200mg/dl以上の時は検査を中止する場合があります
血糖値	mg/dl 血糖値が200mg/dl以上は検査できません

紹介元医療機関(所在地、名称、TEL)	年 月 日
〒 -	医療機関名: _____
TEL	診療科名: _____
FAX	医師氏名: _____