診療情報提供書（兼 ＰＥＴ検査依頼書）

公立大学法人福島県立医科大学附属病院　御中

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

名　称：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　（　　　）

医師名：　　　　　　　　　　　　 　（　　　　　　　　　　科）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　歳） |
| 性 別　 男 ・ 女 | 職 業 |
| 患者住所 |
| 電話番号　　　　　　（　　　）　　　　　　　　※緊急連絡先　　　　　（　　　） |
| 　外来 　・ 　入院（病棟名　　　　　病棟　患者管理部署の電話番号　　　　　（　　　）　　　　　　） |

※ＰＥＴ検査は保険適用疾患の場合にのみ実施いたします。ご依頼の前に適用範囲をご確認下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査内容　　１　ＰＥＴ/ＣＴ２　ＰＥＴ/ＭＲＩ　 | 検査部位　　１　全身（可能であれば具体的に：　　　　　　　）　　　　　　２　局所のみ（具体的に：　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| Ⅰ 傷病名（臨床診断名）：丸で囲んでください**PET/CT・PET/MRIのどちらでも検査可能です**脳腫瘍・頭頸部癌・縦隔/胸膜癌・乳癌・腎癌・膀胱癌・前立腺癌・直腸癌・卵巣癌・子宮癌・骨軟部腫瘍・悪性リンパ腫・悪性黒色腫・てんかん・虚血性心疾患・心サルコイドーシス**PET/CTのみ検査可能です**肺癌・食道癌・胃癌（早期を除く）・肝癌・胆嚢癌・膵癌・大腸癌・原発不明癌・その他（　　　　　　　　　　　） | Ⅱ 病理診断：丸で囲んでください１　有り喀痰・BF・GIF・CF・FNA・手術（　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　）２　無し（検体採取不可だが蓋然性は有り） |
| Ⅲ 紹介（検査）の目的：丸で囲んでください病期診断　・　再発診断　・　原発巣検索その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅳ 既往歴、家族歴、症状経過、治療経過、現在の処方、画像診断、腫瘍マーカー等の検査結果情報など ※この項目は貴院の診療録等のコピーを添付いただいても結構です    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 体重が40kg未満の場合はこちらに体重をご記入ください：　　　　　　kg |
| Ⅴ 検査に必要な確認事項　：来院方法　歩行　・車いす・　ストレッチャー**PET/MRI検査の方のみ必要** |
| 告　　知　 済　・　未付き添い　　　無　・　有糖 尿 病　 　 無　・　有　(　薬剤使用　 無　・　有　 ）アレルギー　　 無　・　有　喘　　息 無　・　有感 染 症　 無　・　有(　 　　 　 　 )30分間静止　 可　・ 不可閉所恐怖症 無　・　有 | 妊　　娠 無　・　有認 知 症　　 　　無　・　有チューブ類　　　 無　・　有(DIV・酸素・フォーレ・ドレーンチューブ)傷、浸出 　　 無　・　有（部位：　　　　　　　 　 ）オ ム ツ 　　 無　・　有水分制限 　 無　・　有G-CSF使用 無　・　有その他連絡事項等（　　　　　　　　　　　　　　　） | 埋込金属 　　無　・　有脳動脈クリップ 　無　・　有 ペースメーカー 無　・　有ＣＶポート 　 　 無　・　有 　　　（ＭＲＩ対応　・　非対応）経皮吸収パッチ剤 無　・　有 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※医大使用欄　年　　月　　日　医師名　　　　　　　　　　　　（　適　・　否　）　理由：　 | ID: |
|  |

公立大学法人福島県立医科大学附属病院