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/ＣＴ  ２　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