様式２

ＰＥＴ検査依頼書(委託検査用)

公立大学法人福島県立医科大学附属病院　御中

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名　称： 電話番号： （ ）

医師名： （ 科）[入院中の場合\_病棟名　　　]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | フリガナ  氏名 | 生年月日　　　年　　月　　日 | |
| 男 女 | 直近体重※必須 |
| 住所 | | |
| 電話番号　　　　（　　　）　　　　　　　　　　※携帯電話番号　　　　（　　　　） | | |
| 福島県立医科大学附属病院　受診歴  あり　(医大患者ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ なし | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床診断名 | **PET/CT PET-MRIの両方検査可能**  脳腫瘍 てんかん 頭頸部癌 縦隔/胸膜癌  腎癌 膀胱癌 前立腺癌 直腸癌  乳癌 卵巣癌 子宮癌  骨軟部瘍 悪性リンパ腫 悪性黒色腫 | | | **PET/CTのみ検査可**※サルコイドーシスは不可  肺癌 食道癌肝臓癌 胆嚢癌  膵癌 胃癌(早期を除く) 大腸癌  原発不明癌 その他(　　　　　) | | | | |
| 種別 | PET/CT  PET-MRI | 撮影や部位に関する特記事項 | | | | | 保険診療  自費診療(　　　　　　) | |
| 目的 | 病期診断 再発診断 原発巣検索 その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 検査不可  項目 | 下記項目に該当項目がない事を確認済み  ●閉所恐怖症や仰臥位での静止不可能(PET/CT 30分/PET-MRI 60分程度)  ●空腹時血糖値200mg/dL以上　　　　●[PET-MRIのみ]MRI撮影できない体内金属がある | | | | | | | |
| 確認事項 | 自力での歩行や移動が不可能 ※付添い必須です  認知症あり ※付添い必須です  糖尿病あり ※下記を記入してください  血糖値と測定日：  HbA1Cと測定日：  治療薬剤名： | | | | 体内金属あり(留置物：　　　　　　　)  禁忌薬剤あり(薬剤名：　　　　　　　)  アレルギーあり(　　　　　　　　　　)  喘息あり  G-CSF製剤使用あり(使用日：　　　)  点滴/ドレーン類挿入あり | | | |
| 既往歴  手術歴  及び  現病歴 | 添付資料参照　既往歴および手術歴なし　　　※簡潔な記載で結構です | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| <<<下記は医科大学の使用欄です>>> | | | | | | | | |
| 検査オーダー入力医師 | | | オーダー確認 | DVDチェック | | | | ID |
| 年　　月　　日　医師名 | | |  |  | |  | |  |