

記入例

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

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：福島市光が丘

名称：福島県病院

医師名：医大 太郎

赤枠は記入漏れが多い箇所です。送信前に確認してください。

患者情報	フリガナ フクシマ ジロウ	生年月日	1964年 6月 10日
	氏名 福島 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	直近体重※必須 65kg
	住所 福島市光が丘 1 番地	西暦でお願いします。	
	電話番号 024 (547) 1111	※携帯電話番号 080 (0000) 0000 (妻)	

本人の番号でない場合は続柄を記入願います。

臨床診断名	PET/CT・PET/MRIの両方検査可能	PET/CTのみ検査可
	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input checked="" type="checkbox"/> 縦隔/胸膜癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 直腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 骨軟部瘍 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肝臓癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 (<input type="checkbox"/> 大腸癌)

病理診断「あり」の場合は、該当項目にチェックを入れてください。

IC 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 病名(疑い)告知済み <input type="checkbox"/> 未告知※患者本人へのIC内容の記載が必須です
病理診断	<input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> BF/GIF/CF <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし(検体採取不可だが蓋然性は有り)
目的	<input checked="" type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他()
種別	<input checked="" type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> 撮影や部位に関する特記事項 <input checked="" type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> PET/MRI <input type="checkbox"/> 自費診療()

検査不可項目	<input checked="" type="checkbox"/> 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
--------	---

チェック漏れ注意

確認事項	<input type="checkbox"/> 自力での歩行や移動が不可能 ※付添い必須です <input type="checkbox"/> 認知症あり ※付添い必須です <input type="checkbox"/> 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：	<input type="checkbox"/> 体内金属あり(留置物： <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤あり(薬剤名： <input type="checkbox"/> アレルギーあり(<input type="checkbox"/> 喘息あり <input type="checkbox"/> G-CSF 製剤使用あり(使用日： <input type="checkbox"/> 点滴/ドレーン類挿入あり
------	---	---

確認事項は、該当あればチェックを入れてください。

既往歴 手術歴	<input checked="" type="checkbox"/> 添付資料参照 <input type="checkbox"/> 既往歴および手術歴なし 部位の記入漏れ注意願います。
---------	---

実施済の画像検査	<input checked="" type="checkbox"/> CT 2021年 8月 部位 胸 <input type="checkbox"/> MRI 年 月 部位 <input type="checkbox"/> XP 年 月 部位 <input type="checkbox"/> その他() 年 月 部位
----------	---

症状経過、治療経過、現在の処方、画像診断(日時)、腫瘍マーカー等の検査結果情報、IC情報など ※必須
添付資料参照
 今年度の健診により見つかった腫瘍です。過去の健診と比較し腫瘍が増大しているため悪性の可能性もあります。

PET 検査を行わなかった場合の経過 ※必須項目となりました
 PET 検査を行わないと腫瘍の悪性度が判断できず術式が確定しない。

<<<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			