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：

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　　　kg |
| 住所 |
| 電話番号　　　　（　　　）　　　　　　　　　　※携帯電話番号　　　　（　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**[ ] 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(　　　　　) |
| IC状況 | [ ] 病名(疑い)**告知済み**　　[ ] **未告知**※患者本人へのIC内容の記載が必須です |
| 病理診断 | [ ] あり([ ] 喀痰 [ ] BF/GIF/CF [ ] FNA [ ] 手術 [ ] その他　　　　) [ ] なし(検体採取不可だが蓋然性は有り) |
| 目的 | [ ] 病期診断 [ ] 再発診断 [ ] 原発巣検索 [ ] 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(　　　　　　) |
| 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 | [ ] 添付資料参照　[ ] 既往歴および手術歴なし |
| 実施済の画像検査 | [ ] CT　　　年　　　月　部位[ ] XP　　　年　　　月　部位 | [ ] MRI　　　年　　　月　部位[ ] 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 |
| 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 |
| <<<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　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |