

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	生年月日	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	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 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"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期を除く) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他()
IC 状況	<input 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 type="checkbox"/> あり(<input 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 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 type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> 撮影や部位に関する特記事項 <input type="checkbox"/> PET/MRI	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療()
検査不可項目	<input 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	
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
既往歴 手術歴	<input type="checkbox"/> 添付資料参照 <input type="checkbox"/> 既往歴および手術歴なし	
実施済の 画像検査	<input type="checkbox"/> CT 年 月 部位 <input type="checkbox"/> XP 年 月 部位	<input type="checkbox"/> MRI 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、 <u>画像診断(日時)</u> 、腫瘍マーカー等の検査結果情報、IC情報など ※必須 <input type="checkbox"/> 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			