診療情報提供書（兼 ＰＥＴ検査依頼書）

**記入例**

公立大学法人福島県立医科大学附属病院　御中

 年 月 日

**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。**

**本人の番号でない場合は続柄を記入願います。**

紹介元医療機関の所在地：福島市光が丘

**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。**

名　称：福島県病院 　　　電話番号： （ ）

医師名：医大　太郎 （ 科）[入院中の場合\_病棟名　　　]

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 [x] 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 | [x] 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 | [x] あり([x] 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 | [x] 病期診断 [ ] 再発診断 [ ] 原発巣検索 [ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 種別 | [x] PET/CT[ ] PET/MRI | [ ] 撮影や部位に関する特記事項 | [x] 保険診療[ ] 自費診療(　　　　　　) |
| 検査不可項目 | [x] 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)**チェック漏れ注意**●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**確認事項は、該当あればチェックを入れてください。** | [ ] 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 | [x] 添付資料参照　[ ] 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 | [x] CT　２０２１年　８月　部位　胸[ ] 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[x] 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　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |

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　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |