

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	☒ 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)	

西暦でお願いします。

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	
	☐ 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 ☐ 骨軟部腫瘍 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 悪性黒色腫		☐ 肺癌 ☐ 食道癌 ☐ 肝臓癌 ☐ 胆嚢癌 ☐ 大腸癌	
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 ☐ 撮影や部位に関する特記事項		☒ 保険診療	
	☐ PET/MRI		☐ 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		部位の記入漏れ注意願います。	
実施済の 画像検査	☒ 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 ☒ 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。				

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。

チェック漏れ注意

確認事項は、該当あればチェックを入れてください。

<<<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	生年月日	年	月	日	
	氏名	☐ 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		PET/CT のみ検査可	
	☐ 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		☐ 肺癌 ☐ 食道癌 ☐ 肝臓癌 ☐ 胆嚢癌 ☐ 脾癌 ☐ 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、 <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 ☐ 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			