

PET-CT 検査依頼用 FAX

送信日： 年 月 日

貴施設名		診療科	
貴施設住所	〒 -		
電話番号	FAX	医師名	

ご紹介患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	体重	検査薬 (FDG) の量は体重で決まります Kg
患者住所	〒 -	電話番号	自宅	
			携帯	

保険病名 該当項目に☑ 病名をご記入ください	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍：病名 () 早期胃がん以外の悪性腫瘍は保険適用です
	<input type="checkbox"/> その他の疾患：病名 () ※てんかん、大型血管炎 (高動脈炎、巨細胞性動脈炎)、心サルコイドーシスは保険適用です

検査目的	現病歴、治療歴、腫瘍マーカーの推移、既往歴、検査に対するご希望等、できるだけ詳細にご記入ください。 こちらに書ききれない場合は、別途診療情報提供書の FAX をお願いします。
------	--

検査前確認事項

ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は、検査ができません
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は、手帳のコピーを依頼票と共に FAX してください また、検査当日に手帳を必ずご持参ください
持続自己血糖測定器 (リブレ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院中 (持続点滴：無・有)	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経口糖尿病薬・インシュリン使用の場合は、お問い合わせください
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合は検査中止の可能性があります
妊娠・授乳の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(妊娠・授乳)

- ・当センターでは FDG を用いた悪性腫瘍 (早期胃がんを除く) の診断を目的としています
- ・他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者さんが対象です
- ・できるだけ他の検査結果、画像診断に用いた CT などの画像も持参していただくようお願いいたします

- CD-R は当日患者さんにお渡しいたします (返却不要)
- 読影レポートは後日 (2, 3 日後) 郵送いたします

お問合せ先：兵庫県立がんセンター 地域医療連携室

TEL：078-929-1155 (直通) FAX：078-926-5410