

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（高安動脈炎、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、検査が不可です
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
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