

PET-CT 検査申込書兼診療情報提供書(心サルコイドーシス)

紹介先医療機関
〒899-5112
鹿児島県霧島市隼人町松永 3320 番地
霧島市立医師会医療センター
外来予約センター 宛て
TEL:0995-55-0107 FAX:0995-55-0162

紹介元医療機関
所在地

医療機関名
科 医師名
TEL 担当 担当者様

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日 歳
患者氏名				身長・体重	身長 cm 体重 kg
電話番号	自宅: - - 本人携帯: - -				

検査予定日前に確認の為、電話連絡をいたします。日中連絡のとれる電話番号の記入をお願いいたします。

※心サルコイドーシス保険適応条件確認

次の検査目的いずれかに該当する症例のみ保険適応・検査可です。確認後、該当する口に✓をお願いいたします。

☐心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図またはエコー所見を認める症例

☐心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる症例

正確な診断のために貴院で施行した画像データがございましたらご持参ください

診断病名	『疑い』は不可になります
臨床経過・検査目的・腫瘍マーカー 等	

※注意事項 次にあげる項目に該当する場合は口に✓をつけてください。

- ☐撮影の間(約 30 分程度)静止できない、もしくは鎮静が必要な方
- ☐FDG 注射後約 1 時間、待機室で 1 人で静かに過ごすことができない方
- ☐移動がストレッチャーである。もしくは車いすでトイレや移動に介助が必要な方
- ☐オムツや採尿パックを使用しており、1 人で交換や廃液できない方

PET 検査で使用する薬剤 FDG は放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。医療従事者は法律上放射線被ばくの制限があるため、**注射後は患者様の介助につくことができません。介助が必要な方はお受けできません。**

上記内容に✓がある場合は検査をお受けできません。

別紙『PET-CT 検査の説明・同意書』『問診票』の説明、記載もお願いいたします。記入後当院へ FAX お願いします。