

PET-CT 検査申込書兼診療情報提供書

紹介先医療機関

紹介元医療機関

〒899-5112

所在地

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

医療機関名 _____

外来予約センター 宛て

_____ 科 医師名 _____

TEL:0995-55-0107 FAX:0995-55-0162

TEL _____ ご担当者様 _____

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。

※保険適応条件確認

悪性リンパ腫を含む悪性腫瘍(早期胃がんを除く)のみの対応とさせていただきます。

次の検査目的にすべて該当するか確認後、□に✓をお願いいたします。

- ☐悪性腫瘍が確定している
- ☐PET-CT 以外の画像診断(例：エコー、CT、MRI 等)が 3 か月以内に施行されている
- ☐上記の画像診断で、病期診断・転移・再発が確定できない症例である
- ☐悪性リンパ腫以外の効果判定や単なる経過観察目的ではない症例である

診断病名	『疑い』は不可になります	☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
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□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、記載をお願いいたします。記入後当院へ FAX お願いします。