

# P E T - C T 診察情報提供書/ 読影依頼票

独立行政法人国立病院機構  
 広島西医療センター 放射線科 行  
 〒739-0696 広島県大竹市玖波4丁目1番1号  
 ☎ 0827-57-7151(代表)  
 地域医療連携室  
 ☎ 0827-57-7183 内線2140  
 FAX 0827-57-7701

紹介医療機関の所在地・名称

予約日時 年 月 日

医師名

患者 情報	フリガナ <input type="text"/>	生年 月日	姓・名 平・部	年 月 日	身長 cm
	住所: <input type="text"/>	☎ <input type="text"/>			体重 kg

紹介元で、必ず検査予約時に御記入下さい。

PET/CT 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 )
撮像範囲	(通常は頭部～大腿基部まで)撮像範囲にご希望のある場合のみご記入ください。
診療種別 及び目的	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ⇒ <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <small>早期胃がんは保険適用外 保険診療の要件…「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場合」</small> <input type="checkbox"/> 自費診療 ⇒ <input type="checkbox"/> 目的( <input type="text"/> )
臨床診断	
画像診断検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(最終検査日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) <small>※ガリウムシンチ検査とPET/CT検査の同一月内の施行不可          参照画像(CT、MRI等)があればCD-Rに焼いて、必ず患者に持参させて下さい。</small>
腫瘍マーカー	
臨床経過・検査目的等	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 術式 <input type="text"/>

紹介元で、必ず検査予約時に御記入下さい。

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	告知 有無	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 未告知	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠 授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(BUN、クレアチン <input type="text"/> )				
30分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可( <input type="text"/> )	糖代謝異常疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(空腹時血糖 <input type="text"/> mg/dl)				
点滴・薬剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→糖類が入っている場合は5時間以上前には、止めて下さい。 必要なインスリン注射は、受付時間の5時間前までに済ませて下さい。						
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> )						
その他留意点	<input type="text"/>						

検査中は、検査エリアをお独りで移動していただく関係上  
 車椅子移送や介護を必要とされる方は患者家族に付き添いをお願いします。  
 また記入内容についてこちらからお問い合わせをすることがございます。ご協力をお願いします。