

# P E T - C T 診療情報提供書/ 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	生年	大正・昭和	年	月	日	身長 cm
		月日	平成・令和				
	住所:	様	☎				

紹介元で、必ず検査予約時にご記入下さい。

PET/CT 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 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( )
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: 年 月 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 年 月 術式

紹介元で、必ず検査予約時にご記入下さい。

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 告知 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 有無 <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 授乳 <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 )
30分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可( ) 糖代謝異常疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(空腹時血糖 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"/> ICD(植込み型除細動器) <input type="checkbox"/> その他 ) <small>↓検査可能 ↓検査不可</small> ※ペースメーカーは検査可能ですが、除細動機能付きの機器は検査をお受けすることができません。
その他留意点	

検査中は、検査エリアをお独りで移動していただくため、車椅子の方や介助を必要とされる方には、患者家族の付き添いをお願いします。  
 また、記入内容について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。