

診療情報提供書 (PET検査専用)

<紹介先> ちばなクリニック 沖縄がん診断センター 担当医 殿 平成 年 月 日

| 患者さまについて | | 貴医療機関について | |
|----------|-----------------|-------------------|----|
| フリガナ | | 医療機関の所在地および名称 | |
| 氏名 | 男 女 | 電話番号 () - () - | |
| 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 歳 | FAX番号 () - () - | |
| 住所 | 〒 | 貴科名 | |
| 電話番号 | () - () - | ご担当医師 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

| | | |
|------------|---|--------------------------|
| 前回受診歴 | 有 (平成 年 月 日) | 無 |
| 撮像範囲 | (撮像範囲は頭部～大腿基部までとなります) 撮像範囲にご希望のある場合はご記入ください | |
| 臨床診断 (疾患名) | | |
| 検査目的 | 良悪性鑑別 | 病期診断 転移・再発診断 原発巣検索 他 () |
| 病理診断検査 | 実施している () | 実施していない |
| 画像検査診断 | CT (最終検査日: 平成 年 月 日) | |
| | MR (最終検査日: 平成 年 月 日) | |
| 要フィルム持参 | US (最終検査日: 平成 年 月 日) | |
| | ガリウムシンチ (最終検査日: 平成 年 月 日) | |
| 腫瘍マーカー | 臨床経過・検査目的・現在の処方 等 | |
| 手術歴 | 有 (年 月 日 術式) | 無 () |
| | 有 (年 月 日 術式) | 無 () |

検査前確認事項

| | | | | | |
|------------------|----------------------|---------------|---------|-------------------------|------------------|
| 現状況 | 外来 | 入院中 | 糖尿病 | 有 (内服・インスリン空腹時血糖 mg/dl) | 無 |
| 来院方法 | 独歩 | 車椅子 | ストレッチャー | 腎機能 | 正常 異常 BUN クレアチニン |
| オムツ等 | 無 (有の場合、PET検査はできません) | 妊娠可能性 | 有 | 無 | |
| 20分静止 | 可能 | 不可 () | 告知の有無 | 有 | 無 |
| 閉所恐怖症 | 有 | 無 | | | |
| 感染症等 | HBV (+ - 未) | HCV (+ - 未) | その他 () | | |
| 合併症等 | 心疾患 | 人工透析 | 腹膜透析 | その他 () | |
| その他留意点 必要な処置等 | | | | | |

PET検査は、原則として日常生活動作 (ADL) の良好な方を対象といたします

小児患者さまは、PET検査をお受けできない場合があります

また、患者さまの状態によっては、ご家族の方の付き添いをお願いすることがあります

検査画像は読影時に必要です。患者さまに持たせてください

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません



沖縄がん診断センター

〒904-2143 沖縄市知花6丁目25番 15号 (コンサル知花内)

TEL.098-939-1302 FAX.098-939-1309 <http://www.nakagami.or.jp>

<記入要領>

保険適用の疾患名 (疑いを含む) をご記入ください

保険診療点数の関係で同一月内でのPET検査、PET-CT検査を実施できない場合もございますので、最終検査日のご記入をお願いします
検査画像は、読影時に必要です。必ず患者さまに持参させてください

「CTにより確定できない」など実施された検査の種類、その結果がどうであったかを具体的に記入ください (必須)
病理診断を実施していない場合 (疑い病名の場合) はできなかった理由を記入してください (必須)

患者さまの確認情報です。検査可能かどうかの判断ともなります