

診療情報提供書(PET検査用) 用紙

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

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

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。)

撮像範囲	撮影範囲は頭部～大腿基部までとなります。		
疾患名	てんがんの診断、又は早期胃癌を除く癌・悪性腫瘍は全て適応となります。(注意:疑い病名は含まれません。)		
病理診断検査	実施している ()	実施していない	
画像検査診断要フィルム持参	検査画像は読影時に必要です。患者様に持たせて下さい。		
	CT	(最終検査日 : 平成 年 月 日)	
	MR	(最終検査日 : 平成 年 月 日)	
	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)	
	(注) 同月にガリウムシンチが実施されている場合、PET検査は保険適応外となります。		
腫瘍マーカー	実施している ()	実施していない	
臨床経過・現在の処方等			
手術歴	有 (年 月 日 術式)	無	
	有 (年 月 日 術式)	無	

用紙 の検査確認事項もご記入をお願いいたします。

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



記入要領

記入必須事項

通常、撮影範囲は足の付け根から頭頂部の撮影となっております。特別に下肢撮影が必要な場合はご記入下さい。

疾患名をご記入下さい。
保険適応要項をご確認下さい

最終検査日のご記入をお願いいたします。
検査画像は、読影時に必要です。必ず患者様に持参させてください。

実施された検査の種類、その結果がどうであったか等を具体的に記入下さい。

診療情報提供書 (PET検査用) 用紙

記入要領



患者さまについて		
フリガナ		男
氏名		女
		平成 年 月 日

患者様の情報です。

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。
 小児患者様は、PET検査をお受け出来ない場合があります。
 また、患者様の状態によっては、ご家族の方の付き添いをお願いすることがあります。
 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

検査前確認事項

身長	cm	体重	kg
現状況	外来	入院中	退院予定 (平成 年 月 日)
来院方法	独歩	車椅子	ストレッチャー
排尿方法 (オムツ)	有	無	フォーリー
20分静止	可能	不可 ()	
閉所恐怖症	有	無	
糖尿病	有 (内服 ・ インスリン	空腹時血糖	mg/dl) 無
妊娠可能性	有	無	
告知の有無	有	無	
合併症等	心疾患	人工透析	腹膜透析 その他 ()
感染症等	HBV (+ - 未)	HCV (+ - 未)	その他 ()
ペースメーカーの有無 (有の際は必ず手帳持参)	有 (メーカー名:	機種名:)
	無		

投与量の基準となります。ご記入下さい。

入院中の検査は、算定が異なる場合がございます。必ずご記入下さい。

撮影を行うにあたっての確認事項です。
 糖尿病の方は撮影時間を配慮させていただきます。必ずご記入下さい。

妊娠中の方、またはその疑いのある方は受診できません。

患者様への事前連絡・案内方法など、配慮させていただきます。

検査可能かどうかの判断となります。
 ペースメーカー装着等の有無をご記入下さい。

用紙 の検査確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報、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