



PET-CT 検査依頼申込書（診療情報提供書）

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

医療機関名： _____
TEL： _____
FAX： _____
診療科： _____
依頼医師名： _____

予約専用FAX  0120-018-599（直通）
専用電話  0120-018-299（直通）

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
患者氏名					
現住所	〒				
電話番号	自宅 職場 携帯	—	—	自宅 職場 携帯	—
希望日時	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ()				
検査目的 (FDG-PET)	1.悪性腫瘍(早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 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患者様 <input type="checkbox"/> 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌の存在を疑うが病理診断により確定診断が得られない患者様 (臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合) <input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断で脾癌の存在を疑うが腫瘤形成性脾炎との鑑別が困難な患者様 2. <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス(心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者様) ※この検査予定時間は15時となります。 3. <input type="checkbox"/> てんかん(難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者様) 4. <input type="checkbox"/> 自費 ※良悪性の鑑別目的など、保険適用要件を満たさない場合は自費となる場合がございますので、ご相談下さい。				
病名					
ご依頼内容 症状経過 検査結果					
患者情報	●妊娠の可能性 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、検査を受けられません ●閉所恐怖症 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、検査を受けられない可能性があります ●仰臥位保持 : <input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可能 ※30分の仰臥位保持が不可能な場合、検査を受けられません ●移動・排泄・着替 : <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> ご家族等の付き添い・介助・ <input type="checkbox"/> ご依頼施設・部署職員の付き添い・介助 ●糖尿病薬 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 内服薬・ <input type="checkbox"/> インスリン (薬剤は絶食時間に合わせて中止します) ●感染症 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> HBV・ <input type="checkbox"/> HCV・ <input type="checkbox"/> 梅毒・ <input type="checkbox"/> その他() ●手術歴 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ●化学療法 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ●放射線治療 : <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり				
持ち込み画像と検査結果の同封	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(返却不要)・ <input type="checkbox"/> あり(要返却) ※診断補助として、ご提供にご協力お願い致します				

※画像データ(CD-R)・読影レポートの郵送は、検査日から1週間程度かかる場合がございます。