


# ①PET-CT診療情報提供書(検査予約申込書)

この申込書を地域医療連携室あてFAX願います。(原本は検査当日にご持参下さい)

内容確認後、当院から予約日時を記載した「予約案内書」を返信しますので患者様にお渡し下さい。

当院ホームページで空き状況を公開しております。

 独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 地域医療連携室	◆ご紹介下さる 医療機関名	
	住所	
	診療科・医師名	
	必須	(電話番号)
	(FAX番号)	
	第一希望日	
	第二希望日	

## ◆ご紹介いただく患者さんの情報

フリガナ		性別	生年月日・年齢		身長・体重
お名前		<input type="radio"/> 男	年	月	日生
	(旧姓)	<input type="radio"/> 女			歳
ご住所	〒 -		自宅	-	<input type="radio"/> 本人
			携帯	-	<input type="radio"/> 本人以外 ( )
撮像範囲	<input type="radio"/> 希望有り ( )	PET-CT検査歴			
	<input type="radio"/> 希望無し	頭部～大腿基部までとなります	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 無し	<input type="radio"/> 有り(当院) <input type="radio"/> 有り(他院) 年 月
病名	告知: ( <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し) ※病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されたものとします。				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
病理診断	<input type="radio"/> 有り (結果: ) <input type="radio"/> 無し				
画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI (ガリウムシンチ直近検査: 年 月 日) ※画像診断がすでに施行されている患者様が保険適用です。また、同一月内にガリウムシンチが施行されている場合、保険適用となりません。 持参画像: <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム 返却: ( <input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要) ※必ず画像データをお持ち下さい。返却要の場合は所見とともにお返しします。お急ぎの場合はご連絡下さい。				
臨床経過等(臨床経過、血液データについては貴院書式を添付頂いても結構です。)					腫瘍マーカー・その他
					検査日 / /
					CEA
					CA19-9
					CA125
					CA15-3
					AFP
手術歴	<input type="radio"/> 有り	年 月 術式		<input type="radio"/> 無し	CRP
		年 月 術式			血糖
化学療法	<input type="radio"/> 有り	年 月 終了 (治療内容: )		<input type="radio"/> 無し	20～30分間の静止
		年 月 終了 (治療内容: )			<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可
					閉所恐怖症
					<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
放射線治療	<input type="radio"/> 有り	年 月 終了 (照射部位: ) ( Gy )		<input type="radio"/> 無し	妊娠の有無(女性の方)
		年 月 終了 (照射部位: ) ( Gy )			<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
					授乳の有無(女性の方)
					<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
糖尿病	<input type="radio"/> 有り ( <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 内服 )	<input type="radio"/> 無し	心臓ペースメーカー・ICD	<input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 有り (※ペースメーカー手帳をご持参下さい。)	
感染症	<input type="radio"/> 有り ( ) <input type="radio"/> 無し	状況	<input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 外来	付属物	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液 ( <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV )
患者移動	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車椅子 <input type="radio"/> ストレッチャー (ご家族又は医療従事者同伴をお願いする場合があります。)				