|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ご依頼の医療機関** | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  | | | − |  | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 電話 |  | | ( |  | | | ) |  | |
| ＦＡＸ |  | | ( |  | | | ) |  | |
| 診療科 |  | | | | | | | 科 | (入院・外来) |
| 担当医師 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

診療情報提供書

（PET-CT検査依頼書）

〒 036-8563

　青森県弘前市本町53

　　弘前大学医学部附属病院放射線診断科

　　　PET-CT担当医師　行

**患者様情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | 様 | 男・女 |  | | 年 | |  | 月 | |  | | 日 ( | | |  | 歳) |
| 住所 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  | − |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話 | |  | | | ( | |  | | ) |  | | |

**検査予約日時**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日（ |  | ） |  | 時 |  | 分 |

**診療に関する確認事項**保険適用があることをご確認の上、該当する事項をもれなくご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険適応となる  臨床診断 | | □悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 　□ てんかん　□ 心サルコードシス  □大型血管炎（高安動脈炎または巨細胞性動脈炎） | | | |
| 目的 | | □ 病期診断　　□ 再発診断　　□ 転移検索　　□ 原発検索  □ 他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 病理診断 | | □ 細胞診　　□ 組織診　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 腫瘍マーカー及びその値 | |  | | | |
| 臨床診断 | |  | | | |
| 経過・検査目的 | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 手術歴 | | □ 無　・　□ 有　時期　　　　　　　　　疾患・術式  　　　　　　　　 時期　　　　　　　　　疾患・術式 | | | |
| 処方 | |  | | | |
| **検査前チェックリスト** | | |  | | |
| 身長・体重 | cm　　　　　　　　　kg | | | 高カロリー輸液 | □ 無　□ 有（　　　　　　　　　　　　） |
| 移動 | □ 歩行　□ 車いす　□ ストレッチャー | | | 糖尿病 | □ 無　□ 有（空腹時血糖　 　　　mg/dl）\* |
| 30分程度の安静 | □ 可　□ 不可 | | | 腎機能異常 | □ 無　□ 有（飲水負荷　□ 可　□ 不可） |
| 閉所恐怖 | □ 無　□ 有 | | | ペースメーカ・ICD | □ 無　□ 有（　　　　　　　　　　　　） |
| 妊娠中／授乳中 | □ 無　□ 有（　　　　　　　　　　　　） | | | その他留意事項 |  |

* PET-CT検査ご依頼の際は、この用紙に必要事項を記載し、□ にチェックの上、

　 　弘前大学医学部附属病院放射線診断科外来　電話 0172（39）5280

　　 に連絡して予約をおとりください。

* 別紙「PET-CTご依頼の先生方へ」などをご参照の上、保険適用か否かご検討ください。なお、保険適用のない理由でお申し込みの場合、全額自由診療（検査のみで10万円前後）となります。
* 同一月内にガリウムシンチグラフィが行われている場合、保険適用になりません。ご注意ください。
* 主治医のお立場から、患者さんに検査の目的、概要、コスト、検査前絶食・運動制限、飲用水500mlの持参（ペットボトルのミネラルウォーターなど）など、必須事項についてご説明の上、同意を取得して頂けますよう、お願い申し上げます。同意を取得されましたら、お手数ですが、下記「検査同意署名欄」にご署名を頂けますよう、お願いします。また本書を複写し、一部を貴院の診療録に貼付して保存ください。
* 患者さんには予約の日時に忘れずに来院するよう、もし来院できなくなった際は、必ず速やかに連絡するよう、ご指導を願います。
* 患者さん向けの「PET-CT検査をお受けになる患者さんへ」も用意しておりますので、印刷して患者さんにお渡しの上、ご説明や同意取得の際にお役立て下さい。
* \* 空腹時血糖値が200mg/dl以上では検査できません。その場合、検査日時にはこの値を下回るように管理をお願い申し上げます。
* 原則として、ストレッチャー移動の方、鎮静が必要な方、介助が必要な方の検査はできません。ご了承ください。
* 一般の方や職員の無用な被曝を避けるため、検査日は当院他科外来の受診や、他の検査は、なるべく予定なさらないようにお願いしたく存じます。

【検査同意署名欄】

私は、PET-CT検査の必要性とその内容、これに伴う危険性、検査前注意事項などにについて主治医より説明を受け、検査を受けることに同意しました。

20　　　年　　　月　　　日

説明医師　（署名）

患者氏名　（署名）

代諾者氏名（署名）　　　　　　　　　　　　(続柄)