

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科

PET/CT 担当医師 行

ご依頼の医療機関

所在地	〒 -
医療機関名	
電話	()
F A X	()
診療科	科 (入院・外来)
担当医師	

患者様情報

フリガナ 氏名	様	性別 男・女	生年月日 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 自由診療か保険診療かをご確認、ご記入の上、該当する事項をみれなくご記載ください。

<input type="checkbox"/> 自由診療	(PET/CT が98,700円、PET が87,150円です。患者さんに料金について充分にご説明下さい。)
<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 () <input type="checkbox"/> てんかん
目的	<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発検索
病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ()
腫瘍マーカー及び値	
臨床診断	
経過・検査目的	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖 _____ mg/dl) *
30分程度の安静	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	腎機能異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (飲水負荷 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
閉所恐怖	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
妊娠中/授乳中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 (PET-CT で98,700円) 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、糖分を含まない飲用水 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、同意を取得して頂きますよう、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」にご署名を頂きますよう、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を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、検査日時はこの値を下回るように管理をお願い申し上げます。ただし、検査前のインスリン使用は避けて下さい。
- 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、予定なされないようお願いいたします。

【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) _____