

◇PETCT (18F-FDG) FAX予約申込書 兼 診療情報提供書◇

予約申込日: 年 月 日

吹田徳洲会病院 医療・介護連携室宛

FAX: 06-6878-5222 (TEL:06-6878-5221)

受付時間《平日 月～金 8:30～16:00》

※検査当日には「診療情報提供書」をご持参いただくよう患者様にお伝えください。

紹介元医療機関		TEL
		FAX
所属科	医師名	

ふりがな	住所 〒	
患者氏名	様	
生年月日	年 月 日	電話番号
身長	cm 体重	kg 緊急連絡先

診療種別	<input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> 保険診療	検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 転移再発診断 <input type="checkbox"/> 効果判定
臨床診断		病理診断	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし

臨床経過	<input type="checkbox"/> 別紙 診療情報提供書あり		
------	---------------------------------------	--	--

画像診断	画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()		
	持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ()		
	所見			
	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 高値 ()		
治療歴	手術療法	<input type="checkbox"/> あり () 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし
	化学療法	<input type="checkbox"/> あり 治療終了日 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし
	放射線療法	<input type="checkbox"/> あり 治療終了日 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし

患者情報	診療状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	糖尿病	<input type="checkbox"/> あり (FBS) <input type="checkbox"/> なし	
	30分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	告知	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	その他の留意点等				

予約希望日	希望日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日
	ご都合の悪い日 ④ 月 日 ⑤希望なし (依頼日から 2W・3W・1ヶ月以内)

保険適応について---以下の条件をご留意の上、オーダーして下さい。

- ①悪性腫瘍(早期胃癌を除く、悪性リンパ腫を含む)
病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること。
病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、PETあるいはPET/CT以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察、などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること。
- ②てんかん 難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者に用いる。
- ③心サルコイドーシス

日本核医学会FDGPET,PET/CT診療ガイドライン2012より抜粋