

PET/CT検査紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学成田病院
地域医療連携室

電話 0476-35-5601
FAX 0476-35-5588

貴院の名称
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

検査予約日時： 年 月 日(曜日) 時 分

(事前の準備がありますので検査当日は総合受付で受付後に時間厳守で「1-2 放射線科受付」にお越しください。)

(フリガナ)		性別	生年月日	M・T・S H・R 西暦	年	月	日	
患者氏名		男・女	身長	cm	体重	歳)		
患者住所 電話番号	〒 - 電話： 携帯： 緊急連絡先：							
電話連絡が 可能な方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外でも可	国籍						

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病名()						
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 ※良悪性鑑別は保険適用外です <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫) <input type="checkbox"/> その他()						
持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> その他() ※CT・MRI等の画像診断がすでに施行されている患者が保険適用になります。(他院での検査でも結構です)必ず画像データを本人にお渡しください。						
病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		告知	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり() ※特にご希望がない場合は頭部～大腿基部までとなります。						

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過等	腫瘍マーカー・その他						
	検査日	/	/				
	CEA						
	CA19-9						
	CA125						
	AFP						
	SCC						
	CRP						

検査前確認事項							
手術歴	年 月 日 部位()		糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	年 月 日 部位()		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
化学療法 終了日時	年 月 日 治療 内容()		妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	年 月 日 治療 内容()		心臓 ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	年 月 日 治療 内容()		点滴等	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 輸血(末梢・CV)		
			30分の停止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	※不可の場合 静止法()	
放射線治療 終了日時	年 月 日 照射部位()・(Gy)						
	年 月 日 照射部位()・(Gy)						
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			入院区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来	
患者様 動的介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(家族付添必須)			同月内CT検査	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			同月内Ga検査 (予定含)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族の同伴をお願いすることがあります。

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。

2. 画像データ(CD-R、フィルム)、検査の記録を添付してください。

国際医療福祉大学成田病院 地域医療連携室