

**診療情報提供書(PET-CT検査依頼書)**

検査希望日	年 月 日 (AM・PM) 年 月 日 (AM・PM)	来院時間	令和 年 月 日 時 分
患者氏名 (フリガナ)	男・女	医療機関名	診療科名
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 年齢 歳	担当医師名	
		電話番号 ( )	内線( )

住 所	市・町
	連絡先電話番号 自宅 ( ) 携帯

検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他( )
------	---

臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <sup>注1</sup> <input type="checkbox"/> その他( ) [ 病名 : ] (注1) 保険適応は悪性腫瘍(早期胃癌を除く)と確定診断された場合のみです
------	--

病理診断	<input type="checkbox"/> 病理診断あり <input type="checkbox"/> 未確定だが、画像診断・腫瘍マーカー等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
------	---

施行済み検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET ※直近の画像データを患者さんにCD等で持参させてください
--------	--

造影 CT 検査	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可( <input type="checkbox"/> 副作用歴あり ) ※医師の指示により造影CTを追加する場合があります
----------	---

同意(口答可)	<input type="checkbox"/> 検査の説明・同意 <input type="checkbox"/> キャンセルポリシー <sup>注2</sup> (注2)検査前日15時以降の変更・キャンセルはできません
---------	---

<b>臨床経過</b>	
腫瘍マーカー 放射線治療 手術歴等 をご記入ください	

糖尿病 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 内服・ <input type="checkbox"/> インスリン )	身長/体重 [ ] cm [ ] kg
--	------------------------

病識(告知) : <input type="checkbox"/> 告知済み・ <input type="checkbox"/> 未告知	移動方法 : <input type="checkbox"/> 独歩( <input type="checkbox"/> 要介助 )・ <input type="checkbox"/> 車いす
--	--

感染症 : <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	閉所恐怖症 : <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 不明
---	---

30分間の静止(仰向け) : <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 )
--	--

## 《 PET-CT 検査ご依頼時のお願い（医療機関の皆様へ） 》

PET-CT 検査のご依頼は、別紙「診療情報提供書」に必要事項をご記入いただき、

**小樽市立病院 患者支援センター [ FAX 0134(25)1600 ]** へ送信をお願いします。

担当部門と調整の上、折り返し患者支援センターより予約日時をご連絡いたします。

- ご依頼の際は、保険適用か否かをご確認ください。悪性腫瘍については、「疑い」又は「腫瘍マーカ一異常」のみでは、PET-CT 検査はできません。確定診断又は臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された場合にのみ検査の対象となります。
- インスリンや糖尿病薬を使わずに空腹時血糖値 150mg/dl 以下にコントロールしていただきますようお願いいたします。血糖降下薬やインスリンのご使用は、午前の検査の場合は検査当日から終了まで中止し、午後の検査の場合は検査当日の朝のみ服用してください。
- 患者さんには、検査目的や費用、検査前絶食、運動制限など、「PET-CT 検査を受けられる方へ」の注意事項等のご説明をお願いいたします。
- 貴院にて施行されました直近の CT、MRI検査等の検査データを CD 等にてご提供ください。PET-CT 検査時に当院にて使用させていただきます。
- 「診療情報提供書(PET-CT 検査依頼書)」及び「PET-CT 検査問診票」は、ご記入の上、検査当日患者さんに持参させてください。
- 移動に介助が必要な場合は、付き添いの方に手助けをお願いする場合があります。また、鎮静が必要な方や高度な介助が必要な方の検査はできませんので、ご了承願います。
- 一般の方や職員の被ばくを避けるため、検査日は、当院他科の外来受診や他の検査を予約なさないようにお願いいたします。
- 連絡先電話番号は、日中、必ずご本人に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
- 画像データ及び当院放射線診断科担当医の読影レポートは、1 週間程度で郵送いたします。

《PET-CT 検査のお問い合わせ》

小樽市立病院 患者支援センター 電話 0134(25)1211(代表)

までお願いします。