

### P E T - C T 検査申込書

※エクセルで入力する場合、二重線のBOXは手入力してください。その他はチェックボックスかプルダウンで選択可能です。

検査希望日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	来院時間	年 月 日 時 分
		<b>紹介医療機関</b>	
フリガナ			名称
患者氏名			住所
性別	生年月日	FAX	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年 月 日	診療科
男 女	明 大 昭 平 令	才	医師名
住所	〒	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		
	<small>(注1) 保険適用は悪性腫瘍(早期胃癌を除く)と確定診断された場合のみです</small>		
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		
臨床経過	腫瘍マーカー 放射線治療 手術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)