

診療情報提供書 (PET-CT検査依頼書)

検査予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

医療機関名		担当医師	(印)
TEL	()	診療科	
FAX	()		

ふりがな		男	生年月日	
患者氏名		女	M・T S・H	年 月 日 (歳)
住所	〒 -		TEL	()
			携帯電話	()

臨床診断	肺癌 大腸癌 悪性黒色腫 悪性リンパ腫 頭頸部癌 () 膵癌 乳癌 脳腫瘍 原発不明癌 食道癌 転移性肝癌 卵巣癌 子宮癌 前立腺癌 胃癌 (早期胃癌を除く) 胆道癌 その他悪性腫瘍 ()
検査目的	病期診断 転移再発診断 原発巣検索 他 ()

【保険適用条件】

- 他の検査、画像診断により病期診断、転移再発の診断が確定できない患者
- 他の検査、画像診断により肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌または転移性肝癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者
- 他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者
- 転移性肝癌の原発巣の不明な患者
- リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者

画像検査	CT MR US RI 他 ()
------	-------------------

病理検査	*実施した病理と結果 (実施していない場合は理由をご記入願います)
------	-----------------------------------

腫瘍マーカー	
--------	--

撮影希望範囲	頭頂部～大腿部 他 () *特に希望がない場合は頭頂部～大腿部までとなります
--------	---

臨床経過等 *必ずご記入下さい	
--------------------	--

PET検査歴	無・有 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関名 ()
手術歴	無・有 _____ 年 _____ 月 _____ 日	術式 ()
化学療法	無・有 _____ 年 _____ 月 _____ 日	種類 ()
放射線治療	無・有 _____ 年 _____ 月 _____ 日	部位 ()

*手術・放射線治療・化学療法後の検査は、時期によって偽陽性発生の恐れがありますので予めご了承ください

糖尿病	無・有 *糖尿病薬剤について：検査当日の服用 (投与) は避けてください *糖尿病患者の方はFDGの患部への集積低下により偽陰性所見を呈する可能性があります				
移動方法	自力歩行・車椅子・ストレッチャー	30分静止	可・不可		
妊娠	無・有	HBsAg	十・一	HCVAb	十・一
人工肛門	無・有	気管切開	無・有	現在状況	外来・入院中