

# PET-CT 検査 情報提供書

## 【患者名】

ふりがな おかざき たろう

氏名 岡崎 太郎

外来患者の紹介

入院中の患者の紹介

<input checked="" type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療	※保険診療で検査希望の場合は下記について必ずご記入ください		
診断名	<b>肺がん</b>	病理診断	行なっている場合は記入をお願いします。
検査目的	<input checked="" type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(※悪性リンパ腫のみ)		
臨床経過 既往歴	【注意】単に「悪性腫瘍の疑い」「腫瘍マーカー高値」のみ等は保険診療の適応となりません。 可能な限り詳細にご記載ください。 画像所見、腫瘍マーカーに関する情報もあればご記載ください。		
実施した画像診断 ( )内に3ヶ月以内の 実施日を記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> CT ( <u>R</u> 年 <u>0</u> 月 <u>0</u> 日) <input type="checkbox"/> MRI (   年 月 日) <input type="checkbox"/> エコー (   年 月 日)		
※3か月以内の断層画像が必要になります。	※検査画像がありましたら、必ずご持参ください。		

## 検査に必要な確認事項

■身長 165.5 cm   ■体重 62.8 kg

- 糖尿病 ( なし・あり ) → 「あり」の場合の治療の内容 (インスリン   単位、内服薬   )
- 閉所恐怖症 ( なし・あり )   ●妊娠 ( なし・あり )   ●腎機能障害 ( なし・あり )
- 感染症 ( なし・あり ) → 「あり」の場合、その部位、種類 (   )
- リウマチ ( なし・あり ) → 「あり」の場合、その部位 ( 両手関節 )

## その他、検査に関わる留意点

- 認知症 ( なし・あり )   ●車いす ( なし・あり )   ●ストレッチャー ( なし・あり )
- 過去にPET-CT検査を受けたこと ( なし・あり ) 【注意】PET-CT検査を6か月以内に受けていると、保険診療の適応となりません。
- 1週間以内にバリウム検査 ( なし・あり )

送信先 **地域医療連携室 FAX 0564-25-6720**

**岡崎市民病院**

TEL 0564-21-8111(代表)   TEL 0564-66-7410 (病診連携室直通)