

PET-CT検査依頼票 (医療連携用) FAX 03-3964-1067

患者氏名(カタカナ)		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生	(歳)
体重 (必ずご記入ください)	kg	
当院の診察券番号(お持ちでしたらご記入ください)		
第1検査希望日	年 月 日	(曜日)
第2検査希望日	年 月 日	(曜日)
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療	

【保険適用要件チェックリスト】

診断名、検査目的をご記入ください。保険診療を依頼される場合は下記の適用要件チェックもお願いします。適用要件が満たされない場合は保険適用とはなりませんのでご注意ください。

診断名	
検査目的	

<input type="checkbox"/>	早期胃癌を除く悪性腫瘍	他の検査、画像診断により病的診断、転移・再発の診断が確定できない方の場合。
<input type="checkbox"/>	大型血管炎(高安動脈炎または巨細胞性動脈炎)	すでに大型血管炎と診断のついている患者の、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方の場合。
<input type="checkbox"/>	心疾患	心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
<input type="checkbox"/>	てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる方の場合。

【問診票】

質問事項	解答記入欄	
① 検査終了まで約1時間30分、1人で個室にいることが	可能	不可能
② 呼吸管理が必要ですか。	不要	必要
③ 30分くらい仰臥位での静止が可能ですか。	可能	不可能
④ 意思の疎通が可能ですか。	可能	不可能
⑤ 妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。	いいえ	はい
⑥ 授乳中ですか。	いいえ	はい
⑦ 植込み型の心臓ペースメーカーまたは除細動器(ICD)を装着していますか。(装着している場合はCTが可能な機種かメーカーにご確認お願いいたします。)	していない	しているがCTが可能な機種です
⑧ a. 糖尿病と診断されていますか。	いいえ	はい
b. インシュリンを使用していますか。	いいえ	はい

上記以外にもPETに影響があると思われる事項がありましたらご記入ください。

ご依頼施設名・ご担当者様 電話・FAX	TEL	FAX
------------------------	-----	-----