

診療情報提供書（高額医療機器利用申し込み兼PET-CT依頼書）

（様式1-6）

JA北海道厚生連帯広厚生病院
 地域医療連携室 御中
 〒080-0024
 帯広市西14条南10丁目1番地
 地域連携室直通 FAX (0155)65-0136
 地域連携室直通 TEL (0155)65-5080
 代表 TEL(0155)65-0101 内線2111

令和 年 月 日

依頼医師
 住所
 名称
 医師氏名
 電話
 FAX

印

フリガナ			〒 -
氏名	男・女	住所	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	電話	() -

放射線科 PET-CT検査専用

日程の希望のある方は複数日、都合の悪い日がある方はお知らせください。 ① 月 日 希望 都合の悪い日 ② 月 日 希望 ③ 月 日 希望	厚生病院受診歴 有 ・ 無
---	----------------------

傷病名	身長 cm	
	体重 kg	

検査目的	<div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">FDG</div> <p><input type="checkbox"/> 1. 悪性腫瘍（早期胃癌を除く） 他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者 * 結果、画像所見等もお知らせください</p> <p><input type="checkbox"/> 2. てんかん（難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者）</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 血管炎 高安動脈炎や大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない患者</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 心疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断 （他の検査で判断のつかない場合に限る） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 自費 86,250円 ※良悪性の鑑別目的など、保険適用要件を満たさない場合は自費となります</p> <div style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">アミロイド</div> <p><input type="checkbox"/> 6. 軽度認知障害・認知症（アミロイドPET） ※共同利用契約を締結した施設のみ <input type="checkbox"/> 放射線科専門医による読影レポート（有 ・ 無）</p>
-------------	--

ご依頼内容 症状経過 検査結果	
--------------------------------	--

氏名

PET-CT 検査用

持ち込み画像と
検査結果の同封

なし あり(返却不要) あり(要返却)
*診断補助として、ご提供にご協力をお願い致します。

患者情報

- 妊娠の可能性 なし あり *ありの場合検査を受けられません
- 閉所恐怖症 なし あり *ありの場合検査を受けられない可能性があります
- 仰臥位保持 可能 不可能
*30分の仰臥位保持が不可能な場合、検査を受けられません
- 排泄・着替え 自立 ご家族の付き添い介助
- 糖尿病薬 なし 内服薬

 インスリン(薬剤は絶食時間に合わせて中止します)
- 感染症 なし HBV HCV 梅毒 その他()
- 手術歴 なし あり
- 化学療法 なし あり
- 放射線治療 なし あり
- 植込み型心臓デバイス
(ペースメーカー・ICD等) なし あり(ペースメーカー手帳を持参してください)
- 患者の状態 歩行可能 車椅子 ストレッチャー

備 考

入院の有無

入院中 施設入所中 (施設名:)

* 画像データ(CD-R)・読影レポートの郵送は、検査日から1週間程度かかる場合がございます。

* 読影所見の問い合わせの返答には時間を要する場合がございます。