

PET-CT検査依頼書

記載日: 令和 年 月 日

患者氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
病名		身長・体重	cm		kg

●別紙「PET-CT検査の予約受付について」をお読み頂き、チェック、記載をお願いします。
 ※大型血管炎(高安動脈炎または巨細胞性動脈炎)の場合は、下記「ガリウムシンチの実施」以下をご記載ください。

実施目的 (黒塗りの欄は 保険適用外)		病期診断	転移/再発診断	治療効果判定	原発巣検索
	肺癌・乳癌・大腸癌・頭頸部癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	膵臓癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	転移性肝癌				<input type="checkbox"/>
	原発不明癌				<input type="checkbox"/>
上記以外の悪性腫瘍(早期胃癌を除く)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

悪性腫瘍確定診断の方法	<input type="checkbox"/> 病理検査 (確定診断日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断
-------------	---

検査等 実施状況		無	有	
	3ヵ月以内のCTの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実施日 年 月 日
	3ヵ月以内のMRIの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実施日 年 月 日
	超音波検査の実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実施日 年 月 日
	腫瘍マーカーの実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実施日 年 月 日 検査値:

※ ガリウムシンチの実施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(実施日 年 月 日) →左記の翌月以降に、PET-CTの予約を調整 させていただく場合があります。
--------------	---

経過 検査目的 (別紙でも可)	(手術歴や放射線治療歴、化学療法やG-CSFの使用歴に関しては時期・内容を詳しくご記入ください)
-----------------------	--

●下記事項をチェック・記載をお願いします。記載内容に従い、輸液の管理及び、糖尿病の方への休薬の指示をお願いします。

感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	輸液	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →糖の入った輸液は検査6時間前から中止
バリウム 検査歴	PET-CT検査前2週以内の実施 (予定含む) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(原則検査不可)	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →検査6時間前から糖尿病薬、インスリンの休薬 →空腹時血糖 _____ mg/dℓ
		500mlの 水分負荷	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可

(豊川市民病院)