

PET-CT検査依頼書(心サルコイドーシス用)

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	

受入条件 (右記4項目を満たす必要があります。)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病なし	※絶食期間が19時間30分と長くなるため、糖尿病患者に対して検査を行っていません
	バリウム検査	<input type="checkbox"/> 2週間以内の実施、及び、近日中の実施予定無し	※PET-CT実施の2週間以内にバリウム検査を実施した場合、PET-CTの実施不可
	健康保険適用要件	<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシスの診断が確定している <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシスの病変分布(重症度)を評価するためにPET-CTを行う	

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きます場合があります。
------------	--

経過 検査目的 (別紙でも可)	
-----------------------	--

● 下記事項をチェック・記載をお願いします。輸液の投与については十分にご留意ください。

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
		500mlの水分負荷	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可

(豊川市民病院)