

# PET/CT(FDG)検査依頼票(診療情報提供書[様式1-1])

**FAX送付先: 0476-99-1991**

千葉北総病院医療連携支援センター

記載に関する  
問い合わせ: TEL:0476-99-1111(代表)  
内線(2048)  
千葉北総病院PET-CT検査室

FAX送信日:西暦 年 月 日

依頼元	貴院名	<input type="text"/>	診療科	<input type="text"/>
	電話番号	<input type="text"/>	依頼医師	<input type="text"/>
	FAX	<input type="text"/>	住所	<input type="text"/>
電話番号・FAX・住所はこれまでと変わりなければ記載不要です				

患者情報	フリガナ	<input type="text"/>	生年月日:西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
	氏名	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長 <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> kg	
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	携帯電話	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
		<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
家族氏名	<input type="text"/>	関係	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

▼左欄のチェックボックスにチェックをしてください

<input type="checkbox"/>	早期胃がんを除く悪性腫瘍の確定診断がされている(疑い病名ではない) 病理検査は必須ではありません。画像検査などから主治医が臨床的に高い蓋然性をもって悪性と判断している場合を含みます。腫瘍マーカー高値のみは適応にはなりません。
<input type="checkbox"/>	検査目的が治療後フォローアップであり、他の検査で再発が疑われている ⇒検査の種類と内容 <input type="text"/> 再発が特に疑われていない場合には適応にはなりません。検査データは当日持参してください。
<input type="checkbox"/>	G-CSF製剤を使用中ではない(検査前2週間以上の休薬が必要です) ⇒使用中の場合、休薬開始日( <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)から2週間以上先の希望検査日を選択してください
<input type="checkbox"/>	2週間以内にワクチンを接種していない ⇒している場合、接種日( <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)から2週間以上先の希望検査日を選択してください
<input type="checkbox"/>	1か月以内にガリウムシンチ検査を行っていない ⇒行っている場合の施設 <input type="text"/> 結果 <input type="text"/> ⇒検査日( <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)から1か月以上先の希望検査日を選択してください
<input type="checkbox"/>	他院に入院中ではない
<input type="checkbox"/>	6か月以内にPET検査を行っていない

<b>検査希望日時</b> ※土日祝を除く平日の午前・午後の枠から第3希望まで記載してください。 ※可能ならFAX送信日から1週間以上先の日程を選んでください。	第1希望	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後

# PET/CT(FDG)検査依頼票(診療情報提供書[様式1-2])

患者氏名	<input type="text"/>	当院でのID (わかる場合のみ)	<input type="text"/>
貴院名	<input type="text"/>		

診断名 悪性腫瘍名	悪性腫瘍以外の検査依頼は別途ご相談ください <input type="text"/>	検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断・転移検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 他( )
病理検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	病理結果 <input type="text"/>

臨床経過 ・ 既往歴 など  (自由様式の 別紙でも構い ません)	<input type="text"/>		
--	----------------------	--	--

マーカー	<input type="text"/>	画像検査	<input type="text"/>
治療歴	手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 内容 <input type="text"/>
	化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 内容 <input type="text"/>
	放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 内容 <input type="text"/>

悪性腫瘍の告知	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(説明内容: <input type="text"/> )	在宅酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤: <input type="text"/> )	難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
自力歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
体内留置機器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICDまたはCRTD <input type="checkbox"/> その他[ <input type="text"/> ])		
ドレーン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
月経	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(最終月経: <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日~ <input type="text"/> 日 / 月経周期 <input type="text"/> 日)		

結果(画像診断報告書[兼 診療情報提供書]及び画像データCDR)はFAXおよび郵送いたします。  
⇒その後の診療を当院にご依頼くださる場合は、改めて当該科にご紹介いただきたく存じます。

下記日程は当院の医療連携支援センターからの連絡後に記載してください

検査予約日時: 西暦 年月日時分