

診療情報提供書 (PET 検査専用)

紹介先医療機関
四日市羽津医療センター 放射線科 担当医 宛
紹介元医療機関
登録医番号

年 月 日

所在地
名称
医師氏名
電話番号
FAX 番号

印

フリガナ 患者氏名	住所	TEL
生年月日	年 月 日 (才)	性別 男・女
保険者番号	記号番号	本人・家族
資格取得日	年 月 日	有効期限 年 月 日
被保険者名	続 柄	公費負担の有効期限 年 月 日
公費負担医療の受給者番号	公費負担者番号	
検査予約日	年 月 日	検査時間 午前・午後 時 分頃
臨床診断	脳腫瘍・肺癌・乳癌・悪性リンパ腫・悪性黒色腫・肉腫・頭頸部癌() 消化器 (食道癌・進行胃癌・大腸癌・肝臓癌・転移性肝癌・胆嚢癌・胆管癌) (膵癌・GIST) 婦人科(子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌) 泌尿器(腎臓癌・尿管癌・膀胱癌・前立腺癌・精巣癌) ※原発不明癌 (リンパ節生検、CT 等で転移巣を認め、かつ腫瘍マーカーが高値を示す等) (原発巣の不明な場合の診断) その他()	
検査目的	1. 病期診断 (早期胃癌以外すべての悪性腫瘍は保険適用) 2. 転移・再発診断 (早期胃癌以外すべての悪性腫瘍は保険適用) 3. 鑑別診断 (膵癌と腫瘍形成性膵炎との鑑別のみ保険適用) 4. 原発巣検索 (原発不明癌のみ保険適用)	
画像診断検査	CT・MRI・US・RI・その他() ※要画像データ持参	
病理診断検査	実施している → 細胞診・組織診() 実施していない	
腫瘍マーカー		
臨床経過など	(注) 疑い症例での診断目的の検査は保険適用外となりますので、ご注意ください。	
確認事項	身長(cm) ・ 体重(kg) 妊娠 (無 ・ 有) 糖尿病 (無 ・ 有) ※糖尿病の場合は注意書き参照してください 感染症 (無 ・ 有 → 感染症の種類:) 腎障害 (無 ・ 有 を → 飲水 500ml の前処置: 可 ・ 不可) 移 動 (歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー)	

注意) PET 検査では血糖値が高いと薬剤の病変への集積が低下します。空腹時血糖が 150mg/dl を超えると低下し 200g/dl 以上では診断に支障を来す場合があります。糖尿病の患者さんでは、血糖値を 150mg/dl 以下にコントロールをお願いします。