

検査日時 年 月 日 時 分	貴院の名称及び所在地	診療科 担当医師 電話() - FAX() -	先生
----------------------	------------	------------------------------------	----

●ご紹介患者様

フリガナ	(男・女)	住所
患者氏名	(歳)	
生年月日 西暦 年 月 日生	電話	
※産業医科大学病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
保険者番号	公費負担者番号	
記号・番号	公費負担受給者番号	
被保険者氏名	被保険者との続柄	本人・家族

●保険適用確認欄

(ご注意)本依頼用紙を確認後、検査担当医がFDG-PET適用外の可能性があると判断した場合は、こちらからご連絡して臨床情報について確認させていただきます。確認の上で保険適用外と判断した場合、仮予約後においても検査をお断りする場合がございます。

悪性腫瘍のFDG-PET検査は、病理学的または臨床的に確定していることが保険適用の要件となっています。以下のいずれかにご記入ください。

■病理組織学的に悪性腫瘍と確認された場合
年 月の()検査で()と診断

■病理診断により確定診断が得られない場合: 臨床的に高い蓋然性を持って悪性腫瘍と診断した理由(臨床病歴、身体所見、PETあるいはPET/CT以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察、など)を以下にご記入ください。「悪性腫瘍“疑い”」は保険適用外です。

悪性腫瘍診断名()
のため臨床的に上記と診断した。

●検査目的確認欄:以下のいずれにも該当しない場合は保険適用外の可能性があり、あらかじめ個別にお問い合わせ下さい。

<input type="checkbox"/> 治療前の病期診断	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定
<input type="checkbox"/> 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断 (検査:)の検査で、 (部位:)の再発が疑われた。	<input type="checkbox"/> 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断、たとえば、術前化学療法後、または、術前化学療法後における術前の病期診断、等
<input type="checkbox"/> 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合	<input type="checkbox"/> 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕のため他の方法では再発の有無が確認困難な場合

●画像診断検査確認欄

<input type="checkbox"/> CT 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ 検査日 年 月 日
<input type="checkbox"/> MRI 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 骨シンチ 検査日 年 月 日
<input type="checkbox"/> US 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他(検査日 年 月 日
※同一月内にガリウムシンチが実施されている場合はFDG-PETの保険適用外です。	
前回PET検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)

●患者状態確認欄

禁忌・薬物アレルギー等 (無・有) ()	身長 ()cm	体重 ()kg
ペースメーカー・ICD (無・有)	来院方法	独歩・車椅子・ストレッチャー
糖尿病 (無・有) インスリン治療 (無・有)		
血糖値()mg/dl : 血糖値がおおよそ 150mg/dl以上の場合、十分な検査結果が得られない場合があります。		

備考

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 検査予約の締切: 検査7日前の18:00まで。(土、日、祝日は除く)
3. 予約変更の締切(キャンセルを含む): 検査前日の15:00までにPET-CT検査室までご連絡ください。
休日はカウントしません。(例: 月曜日検査のキャンセル締切は金曜の15:00まで)
それ以降の変更・キャンセルは、検査薬購入後になりますのでご遠慮いただきます。
4. 記載されている個人情報はPET-CT検査目的以外には利用いたしません。

【注意】妊娠の可能性がある方は検査できません。

この用紙は太枠内を記入の上、産業医科大学病院外来予約係までFAXしてください。(FAX 0120-927-489)

この用紙とは別に放射線科宛の紹介状をあわせてFAXお願いします。