

FAX: 0120-927-489

てんかん、心疾患、大型血管炎のFDG-PET検査 依頼用紙

※太枠内は必ずご記入お願いします

産業医科大学病院 外来予約係行き

産業医大病院ID()

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

●保険適用について

(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かと判断した場合は、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。

■てんかん:難治性部分てんかんで、外科切除が必要とされる患者が保険適用です。

貴院診断名:

■心疾患:心サルコイドーシスでは検査前18時間の絶食が推奨されています。詳細は日本循環器学会の心サルコイドーシスのガイドラインをご参照ください。なお、虚血性心疾患に対する地域連携FDG-PETは、前処置が特殊なため、当院では行っておりません。

貴院診断名:

■高安動脈炎等の大型血管炎:すでに大型血管炎と診断のついている患者の、病変の局在または活動性の診断です。不明熱の鑑別診断や大型血管炎疑い症例での検査は適用外です。

貴院診断名:

●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。 【注意】妊娠の可能性のある方は検査できません。
4. 記載されている個人情報PET-CT検査目的以外には利用いたしません。

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。