

PET / CT 検査依頼書

患者氏名	
確定病名	※1：「疑い」では保険適用になりません。 ※2：貴院においても、確定病名で保険請求をお願いします。
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定（悪性リンパ腫のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）
病理診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状経過・既往歴	（病変のサイズ・部位・病理診断など）
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 いつ頃（ ） <input type="checkbox"/> 化学療法 いつ頃（ ） <input type="checkbox"/> 放射線治療 いつ頃（ ）
検査説明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（空腹時血糖値： mg/dl） ※空腹時血糖が 150mg/dl 以上の場合、画質が悪くなります。 前日 21 時以降はインスリンや経口糖尿病薬の投与を行わないでください。
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
自律歩行	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能（車椅子・歩行器・杖） ※：不可能な場合は介助者の同行が必要となります。 ストレッチャーの方の検査は行えません。
介助者	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 → 介助者の同行承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※倫理的に、介助者はご家族が同行してください。
約 30 分の安静	（仰臥位での静止） <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ※不可能な場合、検査できません。
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ペースメーカー手帳をご持参ください。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※目安として、MRI 検査が受けられない方は検査できません。
妊娠または授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合、検査できません。
身長・体重	cm Kg

※検査前日午後を確認の電話連絡いたします。その際、詳細な来院時間をご案内いたします。