FDG-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	□　病期診断　□　転移再発診断　□　治療効果判定（悪性リンパ腫のみ） □　その他（　　）
腫瘍マーカー	□　正常　　□　異常（　　）
病理診断	□　なし　　□　あり（　　）
画像診断	□　CT　□　MRI　□　RI　□　US　□　PET/CT □　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	□　手術　　いつ頃（　　） □　化学療法　　いつ頃（　　） □　放射線治療　いつ頃（　　）
検査説明	□　あり　　□　なし
糖尿病	□　なし　　□　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	□　なし　　□　あり（　　）
自律歩行	□　可能　　□不可能（車椅子・歩行器・杖） ※不可能な場合は移動介助が行える介助者の同行が絶対必要となります。 ※ストレッチャーの方の検査は行えません。
介助者	□　不要　　□　要　→　介助者の同行承諾　□　あり　□　なし ※倫理的に、介助者はご家族が同行してください。 ※家族以外の施設職員等は、被曝リスクの説明後に同意を得てください。
約 30 分の安静	（仰臥位での静止）　□　可能　　□　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	□　なし　　□　あり　→　ペースメーカー手帳をご持参ください。
閉所恐怖症	□　なし　　□　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	□　なし　　□　あり ※ありの場合、検査できません。
身長・体重	cm　　Kg

※検査前日午後に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。

地方独立行政法人　徳島県鳴門病院　放射線科