

\* 記入例

# PET / CT 診療情報提供書

紹介先: 北九州健診診療所 PET画像診断部 (北九州PET健診センター) FAX: 093-591-2586

患者様について	
フリガナ	ヤマダ タロウ
氏名	山田 太郎 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	T・S・H 29年 8月 11日 66歳
住所	〒803-0812 小倉北区室町〇-〇-〇
TEL	093-111-1111
携帯	090-2222-2222
身長	168 cm
体重	58 kg

貴医療機関について	
所在地	〒000-0000 小倉北区魚町〇-〇-〇
医療機関名	西日本病院
TEL	093(000)0000
FAX	093(000)0001
診療科名	呼吸器内科
担当医師 (フルネーム)	鈴木 花子

## 診療確認事項 (必ずご記入ください)

PET受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ) 他院での検査も含め、最終受診日をご記入ください。
撮像範囲	(撮像範囲は頭部~大腿基部まで) 撮像範囲にご希望のある場合のみご記入ください。
診療種別 及び目的	<input checked="" type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 保険診療 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> てんかん焦点検索 <input type="checkbox"/> 保険診療の要件...「他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合」 <input type="checkbox"/> 心筋バイアビリティ <input type="checkbox"/> 自費診療 ⇒ 目的 ( )
臨床診断	右上葉肺癌(腺癌)
画像診断検査 ※要CD-R持参	<input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (最終検査日: 令和2年 6月 15日) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ (最終検査日: 年 月 日) ※ガリウムシンチ検査とPET/CT検査の同一月内の施行不可
腫瘍マーカー	CEA:10
臨床経過・検査目的 等	咳嗽が持続するため近医受診。胸部単純写真にて右上肺野に異常影を認め、紹介受診。 腫瘍マーカーCEA:10と上昇し、CTにて右肺上葉に35mm大のスピクラを伴う腫瘤を認め、 気管支鏡検査を実施し、腺癌と診断される。同側縦隔に15mm大のリンパ節腫大、 右副腎に20mm大の結節を認め、転移が疑われる。
手術歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 .....年 .....月 術式.....

## 検査前確認事項 (必ずご記入ください)

現在状況	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中	糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(空腹時血糖 mg/dl )
移動方法	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	腎機能	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(BUNクレアチニン )
20分静止	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可( )	妊娠可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
ペースメーカー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(メーカー: )		
その他留意点 必要な処置等			

◎記入後、1枚目(送付用)を郵送、もしくは患者様へお渡しください。  
◎必ずCT、MR等のCD-Rを患者様へお渡しください。受診当日、ご持参いただけない場合はご受診できかねます。

一般財団法人西日本産業衛生会  
北九州健診診療所 PET画像診断部  
(北九州PET健診センター)  
〒803-0812 北九州市小倉北区室町3-1-2  
TEL 093-591-2503 FAX 093-591-2586

⑨ 診療報酬算定上、3ヶ月以内に、CTまたはMR検査を施行し、PET検査を受診の際は持込みが必須となります。