

PET/CT検査依頼書 《診療情報提供書》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____

科・医師名 _____

電話番号 _____

来院予定日	年 月 日	受付時間	午前 午後	時	分	
ふりがな		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日生
患者様お名前	様					
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(携帯)	-	-	
			(自宅)	()	-	

※早期胃がんを除く悪性腫瘍の**病期診断、転移・再発診断、悪性リンパ腫の治療効果判定**が保険適用となります。
※病理診断による**確定診断**が得られていない場合は、**臨床病歴・画像所見・腫瘍マーカー・臨床的経過観察等**の悪性と診断された根拠を**具体的かつ詳細**にご記載下さい。(保険が適応されない場合があります。)

臨床診断 (悪性腫瘍名)	(告知： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)					
施行検査	<input type="checkbox"/> 病理組織検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 単純X-P					
臨床経過	・手術歴 (年 月) 病名：() (年 月) 病名：()					
依頼検査内容 (必要なものに✓)	<input type="checkbox"/> PET/CT単純 <input type="checkbox"/> PET/CT+造影CT (血清クレアチニン： _____ mg/dl、採血日： 年 月 日) ※上記以外にMRI検査を追加ご記入の場合は、別途MRI検査依頼書にご記入お願いいたします。					
画像媒体 (必要なものに✓)	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ペーパー (Fusion Image)		結果報告	<input type="checkbox"/> 通常 (約1週間)		
	<input type="checkbox"/> フィルム (PET画像) <input type="checkbox"/> フィルム (CT画像)			<input type="checkbox"/> 至急 () 日着		

確認事項	歩行： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・ストレッチャー) 体重： _____ kg 糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名 _____) <input type="checkbox"/> 不明 感染症：HBV (+・-・未) HCV (+・-・未) その他 (_____) 妊娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 授乳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 造影CT依頼時： <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 その他：(_____)					
------	---	--	--	--	--	--

18F-FDG PET検査の説明および同意書（診療用）

検査内容

正常細胞に比べ、増殖盛んな「がん細胞」は、たくさんのブドウ糖を細胞内に取り込み消費します。上記の性質を利用し、ブドウ糖が他の臓器よりも多く集まる場所を突き止め「がん」などの悪性疾患を発見するのがPET検査の仕組みです。

薬剤注射後、約1時間程度安静待機していただき、その後25～30分程度の検査を行います。必要に応じて5分程度の追加検査を行うことがあります。

注意事項

- ・13時までの予約の場合は朝絶食・13時以降の予約の場合は午前7時までに軽食をすませ、その後は絶食してください。（糖分を含まないコーヒー・お茶等は可）
 - ・前日および当日の激しい運動は避けてください。
 - ・歯の治療、針、マッサージ、予防接種など薬剤が異常集積する場合がありますので事前にお申し出ください。
 - ・閉所恐怖症の方はあらかじめお申し出ください。
 - ・重度の糖尿病、人工透析、パーキンソン氏病、振戦、アトローゼ等の方はこの検査を受けることが出来ない場合がありますので、かかりつけ医の先生にご相談ください。
 - ・妊娠の可能性のある方、生理中の方や、授乳中の方は主治医にお申し出ください。
- ※高校生以下の方は必ず保護者の同伴が必要です。

副作用

PET検査では、放射性薬剤を用いますが被ばく線量は胃透視検査より少なく、また薬剤の副作用は殆どありません。

保険適用

保険適用となる疾患および内容は定められており、これに該当しない場合は適用外となります。（主治医の先生とよくご相談ください。）

補足事項

PET検査は全ての疾患に有効ということではなく、腎臓・膀胱など薬剤の排泄経路となる尿路系では判断が難しい場合や、肝臓・胃・前立腺などでは他の検査の方が有効な場合があります。又、小さな腫瘍（数ミリ以下）や糖代謝の亢進しない一部の腫瘍は発見されない可能性があります。

以上の通り説明を行い同意を得ました。

主治医（またはかかりつけ医師） _____ 印

PET検査について説明を受け、目的・上記内容につき理解し検査を受けることに同意いたします。

年 月 日

氏 名 _____ 印

*本人が未成年者、意識障害者等で署名できない場合は、親権者または扶養義務者が署名を行ってください。