

| | | |
|--------------------------|---|----------------|
| 検査日時 年 月 日() 時 分 | 貴院の名称及び所在地 診療科 電話 () - e-mail FAX () - | 担当医師 先生 |
|--------------------------|---|----------------|

ご紹介患者様

| | | | |
|---|-----------------------|-----------|-------|
| フリガナ 患者氏名 | (男・女) (才) | 住所 | |
| 生年月日 | (明・大・昭・平) 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 |

病名 1. 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に使用する。)

2. 虚血性心疾患 (虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限るものとする。)

3. 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) (他の検査、画像診断により病気診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。)

検査目的 病期診断 転移・再発 良悪性鑑別 原発巣検索 てんかん焦点 心筋バイアビリティ

前回PET検査 無 有 検査日(平成 年 月 日)

画像診断検査 CT 検査日(平成 年 月 日) ガリウムシンチ 検査日(平成 年 月 日)

MR 検査日(平成 年 月 日) 骨シンチ 検査日(平成 年 月 日)

US 検査日(平成 年 月 日) 心筋シンチ 検査日(平成 年 月 日)

その他 検査日(平成 年 月 日) 検査内容 ()

※これらの検査が実施されていない場合は保険適応外となります。

病歴・臨床所見・検査所見

病理診断 実施 (実施の場合結果等記載) 未実施

禁忌・薬物アレルギー等 (無・有) () 身長 ()cm 体重 ()kg

オムツ等 (無・有) 有の場合はPET-CT検査は受けられません。 糖尿病 (無・有) インスリン治療 (無・有)

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

手術歴 (無・有) 年 月 日

術式

現在の処方

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。 (注)下記の場合、検査が出来ません。

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 : 検査2日前の昼15:00までにPET-CT検査室までご連絡ください。(キャンセルを含む)

1. 日常動作が不良(自力で歩行、移動が不可能)な方

2. 妊娠の可能性のある方

3. オムツが必要な方

4. 小児(可能な場合があります)でご相談ください

休日(月曜)はカウントしません。(例:月曜日検査のキャンセル締切は木曜日の15:00まで)

変更・キャンセル等の連絡は、平日15:00までをお願いします。

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。

4. 記載されている個人情報はPET-CT検査目的以外には利用いたしません。

問い合わせ: 核医学科PET-CT検査室
093-603-1611(内線3018)
9:00~16:00(土、日、祝日除く)

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 093-691-7553)