

紹介先:

〒537-0025 大阪市東成区中道1-3-15

社会医療法人 大道会 森之宮クリニック

担当医 殿

依頼年月日: 令和 年 月 日

フリガナ ()		検査予定日	
受診者氏名: 様		平成	年 月 日
生年月日: 明大昭平 年 月 日 (歳) 男・女		午前・午後	時 分
(〒 -)			
住所:			
連絡先: 自宅() - 携帯() -			
紹介元医療機関名: Tel - -			
診療科・担当医師名: 科 担当医師氏名:			
PET検査部位	<input type="checkbox"/> 全身(脳~大腿部) <input type="checkbox"/> 特に希望する部位:		
検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> PET/CT	身長	cm、体重 kg
病名	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆道系 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 結腸・直腸 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 腎・尿路系 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 骨・軟骨 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 原発巣不明 <input type="checkbox"/> その他()		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断(治療前) <input type="checkbox"/> 転移の有無(治療前) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 病期診断(治療後) <input type="checkbox"/> 転移・再発の有無(治療後)		
直近6か月の間で実施した検査(実施日)	<input type="checkbox"/> CT (年 月) <input type="checkbox"/> MRI (年 月) <input type="checkbox"/> 内視鏡(気管支鏡、喉頭鏡を含む) 年 月 <input type="checkbox"/> 細胞診 (年 月) <input type="checkbox"/> 生検 (年 月) <input type="checkbox"/> 超音波 (年 月) <input type="checkbox"/> マンモグラフィー (年 月) <input type="checkbox"/> 胸・腹部X-p (年 月) <input type="checkbox"/> その他の検査 (年 月) (腫瘍マーカー) 記入例 CEA: 1. 3(2015年4月)→2. 0(2015年6月) ※前回との比較があれば		
臨床経過 (添付も可。簡単に)	①臨床所見 ②画像・内視鏡 所見 ③治療歴 記入例: DTX5コース(2010.11~2011. 2) CRT (2010.11~2011.2)		
必要確認事項	糖尿病(有・無) [糖尿病の場合: 空腹時血糖値 (mg/dl)] 感染症: HBV(+ -)、HCV(+ -)、HIV(+ -)、MRSA(+ -)、Tbc(+ -) 合併症: 高血圧症(有・無) 心疾患(有・無) 人工透析(有・無) ペースメーカー(有・無) ADL(独歩・杖・車椅子)		
備考	※短期間でのPET/CT再検査についてはご相談下さい		

PET検査予約票

(外来 ・ _____ 病棟)

フリガナ (_____)	検査予定日
受診者氏名： _____ 様	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日：明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 男・女	午前・午後 _____ 時 _____ 分
住所：(〒 _____)	
連絡先：自宅 (_____) _____ 携帯 (_____) _____	
<p>食事は当日 (_____ : _____) 頃まで可能です。水・お茶はご自由にお飲みください。 診療情報提供書・保険証・同意書・PET検査予約票をご持参の上、 予約時間の20分前に1階受付にお越しください。</p>	

1. 当日、下記の自覚症状で該当する項目にチェックを入れてください。

- めまい・たちくらみ 吐き気がする 咳がでる 痰がからみやすい
手足が動かしにくい (部位 _____) 歩行が困難 (独歩・杖歩行・車椅子)
痛みがある (部位 _____) 閉所恐怖症
その他 (_____)

2. 治療中の病気で、現在飲んでいる薬はありますか？

- 糖尿病 心臓病 脳卒中 抗凝固剤 高血圧
その他 (_____)

手術されたことはありますか？ (有・無)

- 手術名・年月日 (① _____ ・ _____ 年 _____ 月頃)
 (② _____ ・ _____ 年 _____ 月頃)

3. 下記の中で該当する項目にチェックを入れてください。

- ペースメーカー ステント ポート (部位 _____)
人工関節 (部位 _____) 人工肛門 人工膀胱
入れ歯 (_____) ウィッグ (かつら)
気管カニューレ 酸素吸入
その他 (_____)

4. 薬などのアレルギーはありますか？ (有・無)

- アルコール綿消毒 その他 (_____)

5. 最後に食事 (間食含む) をした時間 (午前・午後 _____ 時 _____ 分頃)

<女性の方のみお答えください。現在、月経はありますか？>

- はい → ・現在 _____ 日目 ・周期 _____ 日
 ・最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
いいえ → 閉経 _____ 歳ごろ