

## FDG-PET・PET/CT 診療情報提供書

年 月 日

フリガナ		男・女	医療機関名
お名前		( 歳)	所在地
生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	電話
住所	〒		FAX
T E L		職業	診療科
検査予約日時		年 月 日	AM・PM 時 分

検査依頼 (注1)	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> ドックまたは保険外診療での検査、もしくは悪性腫瘍検査以外 注1) 「疑い病名(…がん疑い)」や早期胃がんは保険適用外となります。
傷病名 (悪性腫瘍の場合) (注2)	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 胆管がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 胃がん(早期胃がんを除く) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 甲状腺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 皮膚がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他( ) 注2) 傷病名は病理診断、または高い蓋然性を持つ臨床的診断による。
直近の 画像検査	<input type="checkbox"/> PET/CT以外の画像診断(エコー・CT・MRI・骨シンチ等)が数ヶ月以内に先行し実施されている。 <input type="checkbox"/> 上記画像診断で病期診断/転移・再発診断が確定できない。 <input type="checkbox"/> PET/CTと同月にガリウムシンチは実施されていない。 ※保険上、両者の同月請求不可のため、実施されていればPETを翌月に変更いたします。
検査目的 (注3)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 次の治療前の再病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 注3) がんのスクリーニング、病変の良悪鑑別、単純な経過観察等は保険適用外です。
臨床経過	<p>◎以下の情報の提供をお願いします。</p> 手術・病理診断・腫瘍マーカーに関して、特に最近のものは内容・年月日を詳しくご記入下さい。 転移・再発が疑われる場合は具体的な部位をご記入、又は画像所見を添付下さい。
確認事項 (注4)	身長・体重                      cm                      kg 糖尿病                      有                      無 治療 <input type="checkbox"/> インスリン療法 <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 無治療 注4) PET時に高血糖(200mg/dl以上)がある場合や当日の糖尿病治療薬の使用時は、原則としてPET検査はできません。
現在の処方	
備考	

公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院  
 地域医療総合窓口あったかサポートセンター

(TEL: 06-6443-3470 FAX: 06-6443-3585 [医療機関様専用直通 平日8:30~19:00])

2021年11月作成

## FDG-PET・PET/CT 診療情報提供書

年 月 日

フリガナ		男・女	医療機関名
お名前		( 歳)	所在地
生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	電話
住所	〒		FAX
T E L		職業	診療科
検査予約日時			医師名
	年 月 日	AM・PM	時 分

検査依頼 (注1)	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> ドックまたは保険外診療での検査、もしくは悪性腫瘍検査以外 注1) 「疑い病名(…がん疑い)」や早期胃がんは保険適用外となります。
傷病名 (悪性腫瘍の場合) (注2)	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 胆管がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 胃がん(早期胃がんを除く) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 甲状腺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 皮膚がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他( ) 注2) 傷病名は病理診断、または高い蓋然性を持つ臨床的診断による。
直近の 画像検査	<input type="checkbox"/> PET/CT以外の画像診断(エコー・CT・MRI・骨シンチ等)が数ヶ月以内に先行し実施されている。 <input type="checkbox"/> 上記画像診断で病期診断/転移・再発診断が確定できない。 <input type="checkbox"/> PET/CTと同月にガリウムシンチは実施されていない。 ※保険上、両者の同月請求不可のため、実施されていればPETを翌月に変更いたします。
検査目的 (注3)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 次の治療前の再病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 注3) がんのスクリーニング、病変の良悪鑑別、単純な経過観察等は保険適用外です。
臨床経過	<p>◎以下の情報の提供をお願いします。</p> 手術・病理診断・腫瘍マーカーに関して、特に最近のものは内容・年月日を詳しくご記入下さい。 転移・再発が疑われる場合は具体的な部位をご記入、又は画像所見を添付下さい。
確認事項 (注4)	身長・体重                      cm                      kg 糖尿病                      有                      無 治療 <input type="checkbox"/> インスリン療法 <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 無治療 注4) PET時に高血糖(200mg/dl以上)がある場合や当日の糖尿病治療薬の使用時は、原則としてPET検査はできません。
現在の処方	
備考	

公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院  
 地域医療総合窓口あったかサポートセンター

(TEL: 06-6443-3470 FAX: 06-6443-3585 [医療機関様専用直通 平日8:30~19:00])

2021年11月作成