

FDG-PET申込書

申込み日 年 月 日

フリガナ 患者氏名		病院名
性別 男・女	年齢 歳	診療科名
生年月日 T・S・H	年 月 日	依頼医師名
身長 cm	体重 kg	患者連絡先電話番号（必ずご記入下さい）
<p>保険適応は下記の通りです。該当項目にチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍（病名： ）</p> <p>悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）の確定診断があり、他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。</p> <p><input type="checkbox"/>心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る)</p> <p>又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。</p> <p><input type="checkbox"/>高安動脈炎又は巨細胞性動脈炎の確定診断があり、他の検査で病変の同在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。</p> <p><input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>虚血性心疾患</p>		
臨床経過	撮影希望部位・事項（詳しく）	
・患者状態	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー 約30分の仰臥位は可能か？ 可 ・ 不可	
・糖尿病	(血糖値 mg/dl) 有 (インシュリン療法・内服薬・無治療) ・ 無	
・ペースメーカー	有 (機種名：) ・ 無 ペースメーカー有の患者様は、必ずペースメーカー手帳をお持ち下さい。	
・感染症	有 () ・ 無	
・閉所恐怖症	有 ・ 無	

*太枠内を全て記入のうえ、Faxにてご返送ください。

国立大学法人 三重大学医学部附属病院 RI検査室

Tel : 059-232-1111 (内線5351)、Fax : 059-231-5467

患者 ID	検査日時
	20 年 月 日 ()
	時 分