

診療情報提供書(18F-FDG PET-CT 検査依頼書)

秋田大学医学部附属病院 放射線科担当医 行

年 月 日

検査予約日時 年 月 日(午前・午後) 時 分

医療機関名	診療科	担当医師氏名
TEL () 内線・PHS()		

ふりがな	生年月日	
患者氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所	〒(-) TEL () 携帯 ()	
当院受診歴	無 ・ 有 (ID:)	
臨床診断	☐ 脳腫瘍 ☐ 頭頸部癌() ☐ 肺癌 ☐ 乳癌 ☐ 食道癌 ☐ 胃癌(早期胃癌除く) ☐ 大腸癌 ☐ GIST ☐ 肝細胞癌 ☐ 転移性肝癌 ☐ 胆嚢・胆管癌 ☐ 膵癌 ☐ 前立腺癌 ☐ 子宮癌 ☐ 卵巣癌 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 多発性骨髄腫 ☐ 骨軟骨肉腫 ☐ 悪性黒色腫 ☐ 原発不明癌 ☐ てんかん ☐ 心疾患(虚血性心疾患・心サルコイドーシス) ☐ 血管炎 ☐ その他()	
検査目的	☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ 原発巣検索 ☐ その他()	
貴院施行済検査	☐ CT ☐ MR ☐ RI ☐ US ☐ その他() ※可能なら持参させてください	
腫瘍マーカー値		
病理診断	☐ 悪性の診断済み(診断名:) ☐ 悪性の確定未だが、病歴・身体所見・画像所見・腫瘍マーカー・経過等から臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される。 上記以外は保険適応にならないためご注意ください。 保険適応にならない例 ・癌を否定できない病変の鑑別診断 ・癌の治療後で、再発徴候がない場合の経過観察	
臨床経過等	PET 検査歴 無 ・ 有 (年 月) 有の場合検査施設 秋田大学 ・ その他	

手術歴	無 ・ 有	年	月	部位 ()
化学療法	無 ・ 有	年	月	
放射線治療	無 ・ 有	年	月	部位 ()

糖尿病 無 ・ 不明 ・ 有 → 使用薬剤名 () ※検査当日朝は服用させないでください 原則として当日はインスリンや糖尿病薬を使用せずに 200mg/dl 以下にコントロールいただけますようお願いいたします。	
身長/体重 ()cm ()kg	高カロリー輸液 無 ・ 有
感染症 無 ・ 有 () 移動方法 自立歩行 ・ 要介助 ・ 車いす 要介助・車いすの場合の介助者 ()	介助なしでの歩行・検査台への乗り降り 可 ・ 不可 30 分間の静止 (仰向け) 可 ・ 不可
妊娠/授乳 無 ・ 有	ペースメーカー/ICD 無 ・ 有 (機種名) 有の場合は検査当日にペースメーカー手帳を必ずご持参ください
閉所恐怖症 無 ・ 有 ・ 不明	
腎機能異常 無 ・ 有 (飲水負荷 可 ・ 不可)	
同一月ガリウムシンチ 無 ・ 有 → ※有の場合は検査できませんのでご注意ください	

その他留意事項

- ¹⁸F-FDG PET-CT 検査ご依頼の際は、この用紙に必要事項を漏れなく記載の上、
秋田大学医学部附属病院 地域医療患者支援センター 電話 018 (884) 6559
 に連絡して予約をおとりいただいた後、この診療情報提供書に必要事項をご記入のうえ、FAX にてお送りください。
秋田大学医学部附属病院 地域医療患者支援センター FAX 番号 018 (884) 6564
- 患者さんに検査の目的、概要、被ばくなどを説明し、同意・署名を取得し、本書の複写を貴院の診療録に保存してください。
- 診療情報提供書原本や画像データ (CD-R など) は検査当日に患者さんに持参させてください。

【患者さんへの重要な説明事項】

- ☐ **絶食**：4時間以上 (推奨6時間、心サルコイドーシスは12時間)。糖分を含む飲食物はお控えください。
- ☐ **運動制限**：検査前日～当日の運動や筋力作等 (重いものの持ち歩き、雪寄せなどを含む) はお控えください。
- ☐ **予約時間厳守**：来院できなくなった場合は速やかにご連絡ください。遅刻の場合は検査中止の可能性、無断キャンセルの場合は薬剤費をご負担いただく可能性があります。
- ☐ **検査時間**は約2時間 (撮影体位で30分)、**自己負担額**は3万円前後 (3割負担の場合)。※実際の費用は前後し得ます。
- ☐ **検査日程**：交通事情や装置トラブルで検査が遅延・延期・中止となり得ます。
- ☐ <糖尿病の方>**糖尿病薬中止**：当日朝～検査終了まで休薬をお願いします。検査当日は糖尿病薬を使用せずに血糖値 200 mg/dL 以下 (可能なら 150 mg/dL 以下) でご来院ください。
- ☐ <ペースメーカー/ICD 埋込み後の方>**ペースメーカー手帳持参**：当日ペースメーカー手帳を必ずご持参ください。

【ご依頼前確認事項】

- ☐ **保険適用**：保険適用は以下の通りです。適用外の検査は原則ありません。※同月内のガリウムシンチ施行例は保険適用外

悪性腫瘍 (早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
てんかん	難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者
心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイオビリティ診断 (他の検査で半断のつかない場合に限る。) また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
血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の半断のつかない患者

- ☐ **ICD**：ICD 埋込み患者さんは、必ず事前にお知らせください。検査時に循環器内科医や業者の立会いが必要です。
- ☐ **介助は原則不可**：移動に介助を要す方の検査は原則不可です。介助が必要な場合は、事前に検査室の了解をとり、検査開始から終了まで介助するご家族を決めてください (妊娠の可能性のある女性も不可)。検査室看護師は介助できません。
- ☐ **鎮静、至急検査は不可。当日検査後他検査不可。**

¹⁸F-FGD PET-CT 検査同意署名欄

私は、¹⁸F-FGD PET-CT 検査の必要性和その内容、これに伴う危険性、被ばく、検査前注意事項などについて主治医より説明を受け、検査を受けることに同意します。

検査日時 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明医師 (署名) _____

患者氏名 (署名) _____

代諾者氏名 (署名) _____ (続柄) _____

記載日時 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日