

PET/CT専用 診療情報提供書

依頼日 年 月 日

LSI 医療法人 新産健会
札幌クリニック
 〒065-0013
 札幌市東区北13条東1丁目2番50号
TEL. 011-711-1331
FAX. 011-711-1337

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 医療機関名 | | | |
| 所在地 | | | |
| TEL | | FAX | |
| 診療科 | | 診療 | |
| 担当医 | | | |

LSI ID 欄:

| 保険適用チェック表 | | 保険適用事項をご確認の上、 <input type="checkbox"/> へのレ(チェック)と必要事項のご記入をお願いいたします。 | |
|---|---|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃がんを除く) | 保険適用事項 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場合 <input type="checkbox"/> 病理診断により悪性腫瘍の確定診断が得られている患者。 他の検査又は画像診断により <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 再発の診断ができない患者。 | 施行した「画像診断」「実施時期」 | 施行した「他の検査」「実施時期」 |
| | <input type="checkbox"/> 病理診断による確定診断が得られなかったが、临床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と判断した。 他の検査又は画像診断により <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 再発の診断ができない患者。 | 施行した「画像診断」「実施時期」 | 施行した「他の検査」「実施時期」 |
| | 保険適用事項 難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる場合 <input type="checkbox"/> 難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者。 | | |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 | 保険適用事項 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(他の検査で判断のつかない場合に限る)、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)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場合 | | |
| | <input type="checkbox"/> 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(他の検査で判断のつかない場合に限る)、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)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。 | | |
| <input type="checkbox"/> 血管炎 | 保険適用事項 高安動脈炎等の大型血脈炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない場合 | | |
| | <input type="checkbox"/> 高安動脈炎等の大型血脈炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者。 | | |

※検査をご依頼いただく場合、貴院のカルテにも病名記載が必要となります。

※単なる疑いのみ(他の検査と画像診断を行わない場合や腫瘍マーカー高値のみ等)では保険適用不可となります。

※他の検査、画像診断により膵がんを疑うが、腫瘍形成性膵炎と鑑別が困難な場合は利用可能です。

| 患者様について | | 検査日 | 検査開始時間 | |
|---------|----------|-------|----------|---------|
| | | | (来院時間) | |
| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性別 | |
| 住所 | TEL | | | |
| 感染症 | 移動 | アレルギー | ヨードアレルギー | |
| 糖尿病 | インシュリン注射 | 血糖値 | mg/dl | HbA1c % |
| その他 | | | | |
| 検査について | | 病名 | | |

臨床経過・検査依頼目的・撮像方法の指示

※読影上、重要ですので詳細に記入願います。

| 結果について | | 画像形式 | | |
|--------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------|
| 至急報告 | <input type="checkbox"/> でき次第FAX | <input type="checkbox"/> ※日付を記載して下さい | AM 時 | 頃までにFAX希望 |
| | | <input type="checkbox"/> 次回来院日 | ※日付を記載して下さい | |

| | | |
|-----|--|---|
| お名前 | | 様 |
|-----|--|---|

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|------|---|---|------|---|---|
| 検査日 | 月 | 日 | 来院時間 | 時 | 分 | 終了予定 | 時 | 分 |
|-----|---|---|------|---|---|------|---|---|

| | |
|------|--|
| 注意事項 | 検査当日の <u> 時 分</u> から絶食としてください。 <small>(来院時間の6時間前)</small> |
|------|--|

〈食事について〉

- ・ 来院時間の6時間前からは絶食としてください。
- ・ 飲み物は糖分の入っていない水かお茶にしてください。なお、飲み物は多めに摂取してください。
- ・ 注射後、1時間安静にしてお待ちいただきますが、その間に水 500ml を飲んでいただきます。

〈その他〉

- ・ 検査前日は、激しい運動は控えてください。(ランニング・雪かき等)
- ・ 当日、お越しになる際は荷物など重たいものを持つことは控えてください。
- ・ 胃バリウム、注腸バリウムやガストログラフィンを用いた検査は1週間程度の期間を空けてください。
- ・ 大腸刺激性下剤の当日使用は止めていただきます。(浸透圧性下剤の使用は問題ありません)
- ・ 極度の閉所恐怖症の方は実施ができない場合がございます。

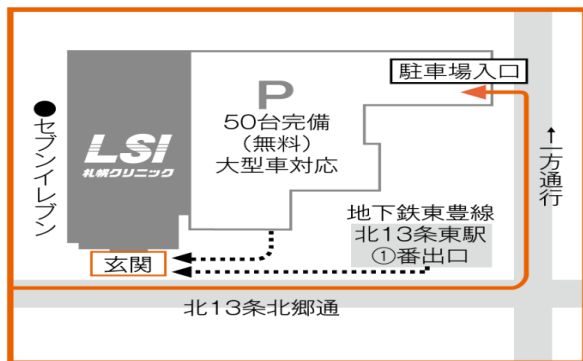
〈糖尿病の方へ〉

- ・ 検査当日に、血糖降下薬の服用、インシュリン注射を行うと検査中止となります。
詳細は主治医の先生にご確認ください。
- ・ その他のお薬に制限はございません。
- ・ 検査当日、空腹時の血糖値が150mg/dl 以上の場合、検査中止となる場合がございます。

〈女性の方へ〉

- ・ 妊娠中の方は検査をお受けできません。

| | |
|-----|---------------------------|
| 持ち物 | ①現金 (クレジットカード可)、②保険証、③本用紙 |
|-----|---------------------------|



JR札幌駅(北口)からタクシー ……………5分
 地下鉄東豊線「北13条東駅」1番出口 ……徒歩30秒