**（宛先）**

（様式４）

**PET-CT検査依頼票**

　　　　　　　　　　　**名古屋市立西部医療センター（地域医療連携室）**

**FAX番号（052）991－8161**

依頼医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科・医師名　　　　　　　　　　　　　先生

ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　依頼日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　－　　　　－ | 男女 | 明治　大正　昭和　平成　令和　年　　　月　　　日 |
| 病名・症状・検査目的・その他注意事項など： |
|
|
| 希望検査日 | 第１希望：　　　　　月　　　　　日　（　　　　　）　　　　　　 |
| 第２希望：　　　　　月　　　　　日　（　　　　　）　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **自立歩行****◆下記について、○印を付けてください** | **有　・　無** | **妊娠、授乳** | **有　・　無** |
| **感染症** | **有　・　無** | **PET検査歴** | **有　・　無** |
| **CT検査（１月以内）** | **年　　月　　日** | **MRI検査　(１月以内)** | **年　　月　　日** |
| **病理検査****悪性腫瘍の確定** | **有　・　無****有　・　無** | **ICD装着** | **有　・　無** |
| **糖尿病****インシュリン使用** | **有　・　無****有　・　無** | **空腹時血糖　　　　　　　　　　　㎎/ｄｌ** |

**◆診断目的に○印を付けてください。（複数可）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***疾患名*** | ***効果判定*** | ***病期診断*** | ***転移・再発の診断*** |
| **肺癌** |  |  |  |
| **乳癌** |  |  |  |
| **胃癌（進行癌）** |  |  |  |
| **大腸癌** |  |  |  |
| **頭頚部癌** |  |  |  |
| **膵癌** |  |  |  |
| **悪性リンパ腫** |  |  |  |
| **原発不明癌** |  |  |  |
| **他の悪性腫瘍** |  |  |  |

【保険適応について】

①悪性腫瘍（早期癌を除き、悪性リンパ腫を含む）であること

②PET検査前の直近にCTまたはMRI検査が実施されていること。

（実施日をご記入ください。）

以上の条件が必須です。

◆不明熱、炎症所見による場合は保険適応になりません。

**地域医療連携室直通　052-991-8145**

