PET-CT/PET検査　申込用紙

脳神経筋センターよしみず病院　担当医宛 年　　　月　　 日

紹介元医療機関名 　電話番号

診療科医師名＜患者情報＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  性別　　　　男　　・　　女 | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | （　　　　　　　）歳 |
| 住所 |  |  |
| 電話番号 | 自宅（　　　　　　　　　　　　　 )　携帯（　　　　　　　　　　　　　　）緊急連絡先（ | ） |
| 確認事項 | 身長　　　（　　 ）ｃｍ　　　　体重　（　　　　　）ｋｇ糖尿病　　　　有　・　無感染症　　　　有（種類　　　　　　　　）　・　無閉所恐怖症　　有　・　無  移動　　　　独歩　 ・　 車椅子 　・　ストレッチャー  　医療処置　　　有（　　　　　　　　　　）　・　無病名告知　　告知済　・　未告知  （女性のみ）妊娠の可能性　　有　・　無  　　　　　　授乳　　　　　　有　・　無  PET検査歴　　有　・　無アレルギー　　有（　　　　　　　　　）・　無その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※アミロイドPET検査のみ 　　　MMSE（　　　　　 　）点必ず記入をお願いします　　　　 CDR　（　　　　　　　）点 | |
| 臨床診断 |  | |
| 検査項目および  　検査目的 | □　アミロイド検査 | |
| □　FDG検査  　□　悪性腫瘍　（診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　→　□　病期診断　 □　転移診断　 □ 　再発診断  　□　心サルコイドーシス　（診断目的の場合は下記※を要確認）  　　　→　□　炎症部分の診断  　　　※　□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診断あり  　　　※　□心臓病変を疑う心電図または心エコー所見あり  　□　てんかん  　□　大型血管炎 | |
| 半年以内の実施済み検査 | □　CT　　□　MRI　　□　US　　□　シンチ　　□　その他（　　　　　　　　） | |
| 臨床経過既往歴検査目的　等 |  | |

　 　　　　 予約受付　　月～金　９：００～１７：００（お申し込みは、土日・祝日を除く）

　　 脳神経筋センターよしみず病院　地域医療連携室 TEL：083-222-1782 FAX：083-231-3882