

PET検査伝票(医療機器共同利用申込書)の記載方法

入力方法

- 1枚目の(紹介元医療機関控)に必要な事項を入力もしくは✓(チェック)を入れてください。
検査の希望日時がございましたら、一番下の備考欄にご記載ください。
- 入力すると2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に自動的に反映されます。

旭川厚生病院PET検査室 (TEL0166-33-7171 内線2036, FAX0166-33-7735)

医療機器共同利用申込書 (PET検査)

(紹介元医療機関控)

※依頼医師は太枠内を記入してください。

検査依頼日 2025年6月19日

紹介先医療機関名 JA北海道厚生連旭川病院
ご担当医 殿

医師 依頼日

患者情報	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 妊娠中・授乳中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿パック <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa-R 付属物 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 胸ドレナージ 身長 体重 閉所恐怖症の既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	---

検査日 () 全身 脳 ()

紹介元	医療機関名	依頼医師(所属)	(氏名)
	電話番号	FAX	
フリガナ		性別	年 月 日生 歳
患者氏名	電話番号		

検査目的	放射線科医指示
<input type="checkbox"/> 全身 ・ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> () 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 治療法 <input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 経口剤 <input type="checkbox"/> インスリン 血糖値採血日 () mg/dl HbA1c採血日 () % 植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 植込み型ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 メーカー名 () 対象疾患区分 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む) <input type="checkbox"/> 血管炎	医師 担当 技師 撮影方法 使用放射性医薬品 <input type="checkbox"/> FDS () MBq <input type="checkbox"/> 生食 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> Delay

傷病名	備考
症状経過・検査結果・治療経過	
現在の処方	
既往歴及び家族歴	

撮影条件(放射線科医指示用) KVP mAs CTDI DLP

クリーム色の箇所は入力することができます。必要事項を入力してください。

検査目的等、□をクリックすると✓(チェック)が入ります。

保険適用条件を必ずご確認ください。場合によっては検査ができない場合があります。

傷病名や症状経過等を記載してください。

希望日時はこちらへご記載ください

- 造影剤を使用しますので、「造影剤同意書」の説明していただき患者さんの同意を得てください。
- 必要事項を入力後、印刷してください。
- 2枚目と「造影剤同意書」を旭川厚生病院PET検査室へFAXしてください。
旭川厚生病院PET検査室 FAX:0166-33-7735(直通)
- 検査予約が決定しましたら当院検査室より「PET検査を予約された方、受けられる方へ」をFAXいたします。患者さんへお渡しください。
- 1枚目は貴院控えです。2枚目と「造影剤同意書」は患者さんへ渡していただき、検査当日に旭川厚生病院に持参するようにお伝えください。

手書きの場合

- 手書きの場合は、2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に必要な事項をご記載ください。
 検査の希望日時がございましたら、一番下の備考欄にご記載ください。
- 上記の③⑤⑥を参照してください。
- ご記載いただいた2枚目と「造影剤同意書」は患者さんへ渡していただき、検査当日に旭川厚生病院に持参するようにお伝えください。