

# 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 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✓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。**
- ② 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 2020年11月11日

紹介元医療機関名 JA北海道厚生連旭川病院  
ご担当医 殿

医師 依頼日

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

患者情報  
 独歩  車いす  ストレッチャー  
 妊娠中・授乳中  有  無  
 紙おむつ  尿バック  
 HBV  HCV  
 Wa-R  
 付属物  酸素  胸ドレナージ  
 身長 体重  
 閉所恐怖症の既往  有  無

放射線科医指示  
 使用放射線性医薬品  
 FDG ( ) MBq  
 生食  
 酸素

医師 担当  
技師  
撮影  PET-CT

検査目的  
 全身  脳  
 ( )  
 ( )  
 糖尿病  有  無  
 治療法  
 食事のみ  経口剤  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  有  無  
 植込み型ペースメーカー  有  無  
 メーカー名 ( )  
 対象疾患区分  
 てんかん  
 心疾患  
 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)  
 血癌

保険適用条件  
 (悪性腫瘍に対する実施の場合は、下記もチェックください。)  
 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できない患者である  
 上記の条件の他、下記にある3つのいずれかを選択してください。  
 悪性腫瘍の確定診断が得られている  
 病理診断を施行したが、確定診断を得られなかった  
 医学的な理由(生検リスクが高い等)によって、病理診断が困難であった場合、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断された

傷病名  
 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  
 備考

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✓が入ります。

保険適用条件を必ず確認ください。  
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入力してください。

希望日時はこちらへご記載ください

- ③ 造影剤を使用しますので、「造影剤同意書」も患者様へ説明し同意を得てください。
- ④ 必要事項を入力後、印刷してください。
- ⑤ 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)
- ⑥ 検査予約が取れ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。患者様へお渡しください。
- ⑦ 1枚目は貴院の控えです。2枚目と「造影剤同意書」は患者様へお渡しし、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

- ① 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。**
- ② 上記の③⑤⑥を参照してください。
- ③ ご記載いただいた2枚目と「造影剤同意書」は患者様へお渡しし、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。