

FAX

054-646-1380

054-646-1176 (志太医師会会員専用)

受診 希望科	科
希望医師	医師

※産婦人科（ご出産）へ申込みの方必須

母子健康手帳	☐ 有	☐ 無
母子健康手帳をお持ちでない方はご記入ください		
母子健康手帳交付予定日	年	月 日

※糖尿病・内分泌内科への申込みの方必須

インシュリン	☐ 有	身長	体重
治療の有無	☐ 無	cm	kg

紹介元医療機関（医療機関名、所在地、電話番号、FAX番号）

紹介医師氏名

希望日	第1希望	年	月	日	曜日
	第2希望	年	月	日	曜日
	☐ 希望なし				

フリガナ	旧姓	☐ 男	生年	☐ 西暦	☐ 大正	☐ 昭和	☐ 平成	☐ 令和
患者 氏名	※できる限りご記入下さい	☐ 女	月 日	年 月 日 歳				
住所	〒		電話 番号	(自宅) ー ー (携帯) ー ー				

保険情報

保険 区分								
保険者 番号								☐ 本人 ☐ 家族
記号	番号		☐ 2割 ☐ 3割					

発信日時 月 日 時 分

後期高齢者医療、公費情報

負担者 番号								
受給者 番号								

公費情報

負担者 番号								
受給者 番号								

お願い

- ・こちらの申込書に診療情報提供書を添えてFAXにてお申し込み下さい。（緩和ケア科は専用の情報提供書があります。）
 - ・放射線治療科は、主たる診療科と併せてお申し込み下さい。（乳がん治療を除く）
 - ・IVR科の治療を希望される場合は、主たる診療科にお申し込み下さい。
 - ・当日の受診が必要な場合は、医師に確認後受け入れ可否をお返事します。
- なお、11時00分までに受診できない場合は、直接救急外来にお問い合わせください。
- ・以下の診療科への申込みのお返事は翌日以降になります。

消化器内科、産婦人科、腎臓内科、内科、脳神経外科・脳卒中科、心臓血管外科、血管外科、リハビリテーション科

以下について予めご了承ください。

- ・希望医師は意向に添えない場合があります。
- ・お時間のご希望は、お受けいたしかねます。

疾患症状等による紹介先診療科

- ・皮膚腫瘍（3cm未満のもの）→皮膚科
- ・下肢血管血流障害→血管外科
- ・皮膚腫瘍（3cm以上のもの）→形成外科
- ・中学生以下の内科疾患→小児科
- ・乳児開排制限→整形外科（専門外来）

PET-CT 検査依頼書（診療情報依頼書）

藤枝市立総合病院
病 院 長 様

次の通り患者の検査を依頼します。

検査日時：年 月 日 午後 時 分

※事前にて予約時間が確定する必要があります。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
患者氏名		性別	男・女	年齢	才
検査前までに病院から説明の電話連絡を入れます 日中に確実に連絡の取れる電話番号をお書き下さい		自宅	()		
		携帯	()		
身長	cm	体重	kg	移動 ☐ 歩行 ☐ 車いす	
認知症	☐ 無 ☐ 有	30 分程度の仰臥位での安静 ☐ 可 ☐ 不可			
閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	糖尿病	☐ 無 ☐ 有 有の場合、治療方法 ☐ 糖尿病薬あり ☐ 糖尿病薬なし ☐ インスリン使用		
排泄	☐ 一人で可能 ☐ 要介助				
ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有				

※ビグアナイド系糖尿病薬は 4 日間休薬が必要

重要 確認事項 ※必ずチェックを□に記入 ください	☐	悪性腫瘍(早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む)が確定している。 または、病理診断が確定していないが、臨床的に高い蓋然性がある。
	☐	血管炎（高安動脈炎等の大型血管炎において、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に使用する。）
	☐	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。)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に使用する。
確定病名	☐ 肺がん ☐ 頭頸部がん・脳腫瘍 ☐ 食道がん ☐ 乳がん ☐ 大腸・直腸がん ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 悪性黒色腫・皮膚がん ☐ 泌尿器がん ☐ 子宮・卵巣がん ☐ その他悪性腫瘍() ☐ 心サルコイドーシス ☐ 血管炎	
検査目的	☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ 治療効果判定（悪性リンパ腫のみ） ☐ 活動性範囲 ☐ その他（ ）	
臨床経過 特記事項		

検査依頼日 年 月 日

依頼医 病院名
医師名
電話

この問診表は記載の上、検査当日にご持参ください。

PET 問診表

令和 年 月 日

NAME _____ (男 ・ 女) 年齢 _____ 歳

本人が記入できない場合

代理人氏名 _____ 本人との続柄 _____

以下の問診内容に□の当てはまる項目にチェックし、カッコ内をご記入ください

- 過去に PET 検査を受けたことがありますか ☐ いいえ・ ☐ はい (いつ頃 _____ 頃)
- 喫煙歴はありますか ☐ いいえ・ ☐ はい
はいの場合 ☐ 禁煙 (_____ 歳から) ☐ 喫煙中 (_____ 本/日)
- 1 週間以内にワクチン接種しましたか ☐ いいえ・ ☐ はい
- 1~2 週間以内にバリウムを使った胃や腸の検査をしましたか ☐ いいえ・ ☐ はい
- 今までに心臓ペースメーカーを植え込む手術を受けられたことはありますか ☐ いいえ・ ☐ はい
- 今までに糖尿病と言われたことがありますか ☐ いいえ・ ☐ はい
はいの場合 現在の治療法は ☐ 無治療 ☐ 食事・運動療法 ☐ 飲み薬 ☐ インスリン
- 閉所恐怖症がありますか ☐ いいえ・ ☐ はい

女性の方にお聞きします

- 現在妊娠中ですか ☐ いいえ・ ☐ はい
- 現在授乳中ですか ☐ いいえ・ ☐ はい
- 現在生理中ですか ☐ いいえ・ ☐ はい 最終月経開始日 (_____ 月 _____ 日)

その他 何かお尋ねになりたいことがございましたらご記入ください

[_____]

※以下は当日記入してください

- 最後に食事を召し上がったのはいつですか ☐ 昨日 ☐ 本日 (_____) 時頃
その後、水・お茶以外の物を口にされましたか ☐ いいえ・ ☐ はい
はいの場合 いつ頃 (_____) 時頃 何を (_____)
- 昨日から現在まで運動、労働、マッサージ、整体など受けましたか ☐ いいえ・ ☐ はい
- 最近、外傷や打撲を受けたり、転倒されたことがありますか ☐ いいえ・ ☐ はい

PET 検査 同意書

(ID)

患者氏名： 様

担当医：

検査予定日： 年 月 日

PET 検査について別紙の説明を十分理解しました。

その結果、

- ☐ 同意します。
- ☐ 同意できません。

署名年月日： 西暦 年 月 日

患者本人署名： _____

又は代理人、同意者： _____

(患者との関係)

この用紙は検査の際に必要ですので必ず当日にご持参下さい

PET 検査 同意書

(ID)

患者氏名： 様

担当医：

検査予定日： 年 月 日

PET 検査について別紙の説明を十分理解しました。

その結果、

- ☐ 同意します。
- ☐ 同意できません。

署名年月日： 西暦 年 月 日

患者本人署名： _____

又は代理人、同意者： _____

(患者との関係)

この用紙は検査の際に必要ですので必ず当日にご持参下さい

指示書

《FDG-PET 検査の前処置（食事や薬）について》

患者名

主治医サイン

- 糖分量を含まない水分は、絶食時間中もしっかり飲んでください。
- 痛み止めの薬が必要な方はお持ちください。

	選択	予約時間	糖尿病		食事		朝の服用薬		昼の服用薬		インスリン
			飲み薬	インスリン	朝食	昼食	糖尿病薬	糖尿病薬以外の薬	糖尿病薬	糖尿病薬以外の薬	
糖尿病なし		午前中			食べない	検査終了後		飲む		飲む	
		午後			8時までに食べ終える	食べない					
糖尿病あり		午前中	なし	なし	食べない	検査終了後		飲む		飲む	朝は打たない
			なし	あり							
			あり	なし							
			あり	あり							
		午後	なし	なし	8時までに食べ終える	食べない		飲む		飲む	朝は打つ 昼は打たない
			なし	あり							
			あり	なし							
			あり	あり							

※絶食時間が長いので低血糖発作を起こしやすい方は飴や角砂糖をお持ちください。

※ビグアナイド系糖尿病薬(メトホルミン等)は、4日前から休薬してください。

※トレシーバ、ランタス、レベミルなど持効型溶解インスリンは検査2時間前に投与してください。(低血糖を起こしやすい方は主治医とご相談ください。)

※低血糖時は、「医療安全対策マニュアル：低血糖フローチャート」に従って処置をする。