

虎の門病院 脳フルシクロビンPET検査依頼書（診療情報提供書）紹介検査用

フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成		男・女
患者氏名			年	月	日（ 歳）	
患者住所	〒			自宅電話番号		
				携帯電話番号		
虎の門病院受診歴	（ 有 ・ 無 ）		虎の門病院患者番号			

予約確定日時	年	月	日（ ）	時	分	*電話で確定した日時をご記入ください。
--------	---	---	------	---	---	---------------------

検査目的	初発の悪性神経膠腫が疑われる患者における腫瘍の可視化。 ただし、磁気共鳴コンピュータ断層撮影検査による腫瘍摘出計画時における腫瘍摘出範囲の決定の補助に用いる。
------	--

臨床経過など

頭部MRI検査実施済み *来院時に必ずご持参ください。 T2WI,FLAIR(推奨5mm以下)及び造影T1WI(推奨2mm以下)が含まれているもの
--

妊娠（女性の方）	☐ 無	☐ 有	授乳（女性の方）	☐ 無	☐ 有
閉所恐怖症	☐ 無	☐ 有			
30分の静止、1時間の安静	☐ 可	☐ 不可	* 静止、安静ができない方は検査できません。		
移動方法	☐ 自力歩行	☐ 杖歩行	介助の必要性	☐ 無	☐ 有
* ストレッチャーの方は検査できません。	☐ 車椅子	介助の必要性	☐ 無	☐ 有	
特殊項目	☐ ドレーン	☐ ストマ	☐ 導尿	* 完全自己管理できる方のみ。	
感染症	☐ HBV	☐ HCV	☐ 梅毒	☐ MRSA	☐ その他（ ）

【ご注意】ご家族による検査中のお付き添いのお願いについて

PET検査室の医療者の被ばく管理上、理解度（認知症など）が十分でない方や、移動、排泄などに介助を要する方は、検査中のご家族の付き添い、介助をお願いします。PET検査のご依頼にあたっては、家族の付き添いが必要な状態かどうか確認を必ずお願いいたします。	要チェック	患者と家族に説明し、必要と判断した場合には付き添いを依頼した。
	☐	

検査依頼者 FAX送信日	年	月	日
医療機関名	診療科		
所在地 〒	医師氏名		
TEL: 内線（ ） FAX:			

虎の門病院 患者支援部 医療連携室

FAX : 03-3560-7878 TEL : 03-3560-7823

（番号をお間違えにならないようにお願いします。）

事務	看護部
----	-----