|  |  |
| --- | --- |
| ◆貴医療機関名病院・医院・診療所・クリニック科　　　　　　　　　先生 | 住所TEL：（）　FAX：（） |
| （フリガナ）患者名：　　様生年月日：　年　月　日　（男・女）電話番号：　（） | 検査日：　年　月　日午前・午後　　時　分 | 結果ご報告方法[ ]  Web配信[ ]  CD[ ]  フィルム |
| 報告書希望日：年　月　日　時　分 |
| [ ]  CT | [ ] 頭部（[ ] 眼窩・[ ] 副鼻腔・[ ] 下垂体・[ ] 顎関節）脊椎（[ ] 頚椎・[ ] 胸椎・[ ] 腰椎・[ ] 全脊椎・[ ] 頚胸椎・[ ] 胸腰椎・[ ] 仙尾骨）[ ] 頚部（[ ] 咽頭・[ ] 喉頭・[ ] 甲状腺）　　　　　　　　　　四肢（[ ] 肩関節・[ ] 肘関節・[ ] 手関節・[ ] 肘関節・[ ] 足関節）[ ] 胸部（[ ] 肺野・[ ] 縦隔・[ ] 乳房・[ ] 心臓）　　　　　　　　 （[ ] 上腕・[ ] 前腕・[ ] 手指・[ ] 大腿・[ ] 下腿・[ ] 足趾）[ ] 腹部　[ ] 背部　[ ] 骨盤腔　[ ] 前立腺　[ ] 股関節　[ ] 下肢（動脈・静脈）　　その他（　　　　　　） |
| [ ]  MRI |
| [ ]  XP[ ]  MMG[ ] 骨密度 | （　　　　　　　　）※撮影部位をご記入下さい |
| [ ]  US | [ ] 頚動脈　・　[ ] 甲状腺　・　[ ] 乳房　・　[ ] 心臓　・　[ ] 上腹部　・　その他（） |
| [ ]  PET/CT[ ]  PEM | [ ] 頭部のみ ・ [ ] 眼窩から大腿骨基部 ・ [ ] 乳房（PEMでのみ選択可） ・ その他（）[ ] 病期診断 ・ [ ] 転移、再発診断 ・ その他（） |
| 造影剤使用 | [ ] 無・[ ] 有・[ ] 一任　　Cr値：　[mg/dl]　**※造影検査の際には必ずご記入下さい。** |

※検査装置および検査部位を選択して下さい。装置毎に検査部位が異なる場合や、左右の指定がある場合は空いているスペースにご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床診断名 |  |
| 施行済み検査 | [ ]  XP ・ [ ]  CT ・ [ ]  MRI ・ [ ]  US ・ [ ] 腫瘍マーカー ・ その他（）※PET検査は保険で撮影を行う場合、事前検査が必要になります。ご記入をお願い致します。 |
| 臨床経過 | 体重　　　kg |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 糖尿病 | 無・有　血糖（　mg/dl） | HBS抗原 | －・＋ | 現在状況 | 外来・入院中 |
| ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ | 無・有 | HCV抗体 | －・＋ | 背臥位 | 可・不可 |
| 体内金属 | 無・有（） | 感染症 | 無・有（） | 自力歩行 | 可・車椅子・ストレッチャー |
| 透析 | 無・有 | 喘息 | 無・有（） | 酸素 | 無・有（　l/min） |
| 妊娠 | 無・有 | ｱﾚﾙｷﾞｰ | 無・有（） |  |  |