|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ◆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（） |  |  |