|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◆貴医療機関名  科　　　　　　　　　先生 | | 住所  TEL：（）　FAX：（） |
| （フリガナ）  患者名：　　様  生年月日：　年　月　日　　　　性別：（男・女）  住所：  TEL：（）　職業： | | 検査日：　年　月　日　午前・午後　　時　分 |
| 報告書希望日：　年　月　日　時　分  結果ご報告方法：  Web配信　 CD　 フィルム |
| 【紹介目的】 | | |
| CT  MRI  XP  MMG  骨密度 | 頭部（眼窩・副鼻腔・下垂体・顎関節）　　　　頚部（咽頭・喉頭・甲状腺・頸動脈）  胸部（肺野・縦隔・乳房・心臓）　　　　　　　腹部　背部　骨盤腔　前立腺　股関節  脊椎（頚椎・胸椎・腰椎・頚胸椎・胸腰椎・仙尾骨・全脊椎）  上肢（肩関節・肘関節・手関節・上腕・前腕・手指）  下肢（膝関節・足関節・大腿・下腿・足趾・下肢動脈・下肢静脈）  （　　　　　　　　　　　　　　　）  ※左右や部位の詳細等ご記入下さい。 | |
| US | 頚動脈　・　甲状腺　・　乳房　・　心臓　・　腹部　・　その他（） | |
| PET/CT  PEM | 頭部のみ ・ 眼窩から大腿骨基部 ・ 乳房（PEMのみ） ・ 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]　**※CT造影検査ではビグアナイド系糖尿薬禁忌となります** | |

※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  （傷病名） |  | | | | |
| 施行済検査 | XP ・  CT ・  MRI ・  US ・ 腫瘍マーカー ・ その他（）  ※PET検査では健康保険で撮影を行う場合、事前検査が必要になります。ご記載をお願いいたします。 | | | | |
| 既往歴  家族歴  臨床経過  処方  等 | 体重　　　kg | | | | |
| 糖尿病 | 無・有（　mg/dl） | HBS抗原 | －・＋ | 現在状況 | 外来・入院中 |
| ビグアナイド系 | 無・有（） | HCV抗体 | －・＋ | 背臥位 | 可・不可 |
| ペースメーカー | 無・有 | 感染症 | 無・有（） | 自力歩行 | 可・不可・ｽﾄﾚｯﾁｬｰ |
| 体内金属 | 無・有（） | 喘息 | 無・有（） | 酸素 | 無・有（　l/min） |
| 人工透析 | 無・有（） | アレルギー | 無・有（） | 妊娠 | 無・有（　週） |