|  |  |
| --- | --- |
| ◆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） |