

湘南鎌倉総合病院

診療情報提供書(PET/CT申込用紙兼紹介状)

直通電話:0467-46-9921

FAX:0467-46-9912

紹介元医療機関

先端医療センター 寺田 茂彦 先生 宛

所在地

検査予約日時 年 月 日 時 分 電話番号 診療科

当院ID: _____ 医師名 _____ 印

フリガナ			生 年 月 日	性 別	身長	体重
患者氏名				男・女	cm	kg
住所				電話番号	自宅：	
					携帯：	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> <疾患名> <input type="checkbox"/> 脳悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 頭頸部癌() 癌) <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期癌は適応外) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 膵臓癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌・胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 骨・軟部組織悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> <検査目的> <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 (自費)					
心カロイド [®] -シス	<input type="checkbox"/> 診断目的(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でカロイド [®] -シスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図または心エコー所見を認める)					
	<input type="checkbox"/> 心カロイド [®] -シスと診断されており、炎症部位の診断が必要				<input type="checkbox"/> それ以外 (自費)	
大型血管炎	<input type="checkbox"/> 他の検査で病変の局在また活動性の判断がつかない				<input type="checkbox"/> それ以外 (自費)	
撮影希望範囲	※無い場合は頭頂部～鼠径部まで撮像致します。					
臨床経過 腫瘍マーカー 病理検査	※必ずご記入をお願い致します。					
糖尿病	※糖尿病薬剤については検査当日の服用(投与)を避けてください。					
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血糖値	mg/dl	検査当日血糖値が230以上の場合検査実施の有無		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 中止

診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては、以下について患者様へご説明し、ご理解を得ることが必要とされています。
 PET検査1回当たりの被ばく量は約3mSv(ミリシーベルト)、CT検査1回当たりの被ばく量は約2~10mSvです。ただし、体重や撮影部位により被ばく量は異なります。

放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行う事により得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。

湘南鎌倉総合病院では、医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分に考慮した上で、最適化を定期的に行っています。