

FDG PET 検査依頼書(兼)診療情報提供書

【送信先】

送信日 令和 年 月 日
東北大学病院 地域医療連携センター
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号
TEL 022 (717) 7131 (直通)
FAX 022 (717) 7132 (直通)

【送信元】

医療機関名：
所在地：
電話番号：
FAX番号：
医師氏名：

※診療予約申込書と一緒に送付ください。

主治医の先生より、以下について患者さんへご説明くださいますようお願いいたします。

- FDG-PET検査では、FDG投与前6時間以上の絶食が必要です。飴、ガム、果物なども禁止です。水、お茶（糖分を含まないもの）については制限ありません。
- 糖尿病の患者さんは検査当日朝から絶食としてください。また、血糖降下薬・インシュリンを使用している場合は、検査当日の朝から薬の内服・投与を中止してください。ただし、長時間作用型インシュリンを使用中の場合は、検査時に作用が切れるように前日に中止してください。その他の内服薬は通常どおり服用してください。（詳細はFDG-PET【全身】検査注意事項をご確認ください）

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		性別	男・女
氏名	様		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	体重	(必須)
緊急連絡先			kg

▼ 保険適応の疾患名を記載してください

- ・ 悪性新生物（早期胃癌を除く）

[疾患名：]

▼ 下記の該当項目に○をつけてください (必須)

- ・ 糖尿病を合併していますか？ はい ・ いいえ
- ・ 妊産婦、授乳中である可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- ・ 心臓ペースメーカーを装着していますか？ はい ・ いいえ

▼ 以下に依頼内容をご記入ください

--

※下記項目は、当院で記入します。

予約日時	月 日 () AM・PM :	患者ID	-	-
------	-----------------	------	---	---