

# 藤田医科大学岡崎医療センター 放射線医療機器利用者申請書

## PET-CT 情報提供書

藤田医科大学岡崎医療センター

医療機関名

診療科 放射線科

所在地

医師名 担当医 先生御侍史

診療科

担当医名

フリガナ				性別	男 ・ 女
お名前	姓	名			
生年月日	西暦	年	月	日 (	歳)
ご住所	(〒 - )				
お電話番号	-	-	(緊急連絡が取れるもの)		

妊娠中もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
10日以内の胃や腸のバリウム検査の実施	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
植込み型のペースメーカー および除細動器の装置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 装置を装着した施設もしくは、ペースメーカー手帳記載の装着装置製造元へ「装着装置はCT検査で5秒以内照射が可能か？」を確認していただく。確認後、対応している場合は予約可能。
糖尿病の既往	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 空腹時血糖値 ( ) mg/dL もしくはHbA1c ( ) %
糖尿病治療薬の内服	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 薬剤名： ( )
インスリン治療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 薬剤名： ( )
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
仰向けで30分程度の静止	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難
注射接種時に体調不良	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
身長	cm	体重 <span style="float: right;">kg</span>
検査予約日時	年 月 日 ( ) 時 分	