

PSMA-PET/CT 検査・画像診断 依頼書（診療情報提供書）

埼玉医科大学国際医療センター 核医学科 外来担当医 宛

埼玉医科大学国際医療センターID

予約日時 年 月 日 ()
午前・午後 時 分

紹介元医療機関情報

医療機関名	診療科	担当医師（フルネーム／ふりがな）
連絡先電話番号 (内線番号) FAX:		

患者情報

ふりがな	住所 〒		
氏名			
生年月日 年 月 日	男・女	連絡先電話番号	(本人・家族)
現在の状況 ☐ 外来通院中 ☐ 入院中 (退院予定 月 日) 貴院 ID:			

疾患情報・臨床経過

診断名 ☐ 去勢抵抗性前立腺癌 ☐ ホルモン感受性前立腺癌 ☐ 転移のない前立腺癌 ☐ 転移の有無不明の前立腺癌 ☐ 検診異常 ☐ その他 ()			
検査目的 前立腺癌の (☐ PSMA 標的療法の適応判断 ☐ 病期診断 ☐ がん検診) ☐ その他 ()			
保険適応 ☐ 保険適応あり ☐ 保険適応外 (自費で行う) 参考) PSMA-PET の保険適応: PSMA 標的療法の前立腺癌患者への適応判断の補助			
貴施設以外で PSMA 標的療法を行う場合 治療施設名: ()			
臨床経過 (検査の実施や読影に必要な情報、例えば体重、各種の画像・検査結果、治療経過、既往歴などをご記載ください*) *詳細な経過等は貴院様式の紹介状に記載の上、添付いただいても構いません CT 画像データ(3 ヶ月以上前に撮影)がある場合は DVD 等で患者さんに持参させて下さい。 体重 _____ kg ※検査に必須 PSA 値 _____ ng/dL (直近) Gleason score _____ + _____ = _____ 点 感染症: ☐ なし ☐ あり (HBV・HCV・HIV・結核・MRSA・その他) ()			
妊娠可能性 ☐ なし ☐ あり	☐ 自力歩行 ☐ 可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー (付添要)	☐ 臥位の保持・20 分静止 ☐ 可 ☐ 不可	
人工物 ☐ なし ☐ あり (ストマ・ドレーン・ポート・ペースメーカー・その他) ()			

埼玉医科大学国際医療センター PET 検査受付 〒350-1298 埼玉県日高市山根 1397-1
 電話 042-984-4134 Fax 042-984-4450
 受付時間 月～土 8:30～17:00 (日祝休)

Ver.202508