

診 療 情 報 提 供 書

(外 来 検 査)

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

年 月 日

担当医

科

殿

住 所

医療機関名

医 師 名

電 話 () -

FAX () -

紹介患者	フリガナ				生年月日	年	月	日
	氏 名							
	住 所	〒						
	電話番号	()	-		性別	男・女		
受診希望日等	月	日	(曜日)	当院受診歴	有・無			
傷 病 名								
予約希望検査	上部消化管内視鏡・MRI(単純・造影)・CT(単純・造影)・()センチ ※ CT・MRIの撮影部位()							
	◎CT・センチの予約に関しては、放射線検査(医療被ばく等)に対する説明が必要になります。 <input type="checkbox"/> 説明済							
検 査 目 的	良悪鑑別・病期診断・再発診断・転移検索・その他()							
持 参 フィルム	CT・MRI・X-P・RI・US・その他() 可能な限りご持参ください。							
症 状 経 過 治 療 経 過								
現在の処方	がん告知の有無(有・無) 当院でのがん告知の可否(可・否)							
注意すべき合併症： なし 心疾患 緑内障 前立腺肥大 出血傾向 糖尿病 その他() アレルギーの有無： なし ヨード キシロカイン その他() 詳細不明 感染症の有無： なし HBV HCV その他() ※差し支えない範囲でご記入ください								

被 保 険 者 氏 名	保 険 者 番 号						
記 号 ・ 番 号	.				本 ・ 家		
事業所又は保険者名				負担割合 割			
公費等記号番号	.						

この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません
 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 地域医療連携室

FAX (089) 999-1115 TEL (089) 999-1201

CT・PET-CT・核医学検査を受けられる方へ

CT や PET-CT ・核医学検査は、あなたの病気の状態を正確に診断し今後の治療方針を決定する上で重要かつ必要な検査です。これらの検査では放射線や放射性医薬品を使用して検査を行います。

放射線の影響については、一度に受けた放射線の量が 100 ミリシーベルトを超えると、放射線を受けていない人と比べ、発がん率や胎児への影響に増加がみられると報告されております。当院で行っている通常の放射線検査で 100 ミリシーベルトを超える可能性はありません。

担当医は、検査を受けることで得られる利益が被ばくの不利益よりも上回ると判断し、今回の検査をお勧めしております。また、検査を担当する放射線技師は、最適な量の放射線で検査ができるように努めています。

放射線のことで心配なことがあれば、担当医とよく相談したうえで、納得して検査を受けてください。妊娠や妊娠の可能性のある方は必ずお申し出ください。

また、検査日が決定した後でも、放射線についてご不明な点などがありましたら、担当医までお申し出くださいますようお願いいたします。申し出がない場合は、予定どおり検査させていただきます。ご不明な点がありましたら、下記までご連絡くださいますようお願いいたします。

当院の放射線検査における放射線の量

CT	頭部 CT：約 3 ミリシーベルト 胸部 CT：約 6～12 ミリシーベルト 体幹部 CT：約 15～22 ミリシーベルト（胸部～骨盤まで）
核医学検査	骨シンチ：約 4 ミリシーベルト その他の検査：約 1～12 ミリシーベルト
PET-CT	FDG：約 4 ミリシーベルト（体重 60kg の場合） CT：約 20 ミリシーベルト

検査目的（造影検査や撮影回数の追加等）や体格などにより、この値を超えることがあります。

（ミリシーベルト：人体の被ばくの影響を表す単位）

四国がんセンターの連絡先

平日 8：30～17：15 四国がんセンター がん相談支援センター

（直通番号）089-999-1114

平日時間外および土・日・祝祭日 日直/夜間当直師長

（代表番号）089-999-1111

2020 年 2 月