

⁶⁸Ga-PSMA-PET検査依頼書（診療情報提供書）

予約日時：令和 年 月 日（午前・午後） 時 分

患者情報	フリガナ	性別	貴医療機関	医療機関名
	氏名	男		診療料
	生年月日 S・H 年 月 日（才）	様		担当医師 (フルネーム)
	住所 〒 -			住所 〒 -
	TEL ()			TEL ()
	携帯 ()			FAX ()

臨床診断			
検査使用薬剤	⁶⁸ Ga-PSMA-11	検査目的	PSMA標的療法の前立腺患者への適応判定
検査前確認事項（該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください）			チェック
去勢抵抗性前立腺癌(mCRPC)の診断を受けている			<input type="checkbox"/>
CT, MRI, 骨シンチなどで遠隔転移が確認されている			<input type="checkbox"/>
プルヴィクト静注(¹⁷⁷ Lu-PSMA-617)を用いた放射性リガンド療法を考慮している			<input type="checkbox"/>
放射性リガンド療法を実施可能な施設, または当該施設と診療連携を有する医療機関からの紹介である			<input type="checkbox"/>
以下のいずれかの薬剤の治療歴がある(1剤以上)			
<input type="checkbox"/> アビラテロン(ザイティガ) <input type="checkbox"/> エンザルタミド(イクスタジン)			
<input type="checkbox"/> アパルタミド(アーリーダ) <input type="checkbox"/> ダロルタミド(ニューベクオ)			
上記項目にあてはまらないため自由診療である			<input type="checkbox"/>
持参CD-R・フィルム	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	持参CD-R等の返却について	<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 病院返却 <input type="checkbox"/> 本人返却
臨床経過など (※過去に保険診療でPSMA-PET検査を受けた場合は、本検査が必要と判断した医学的根拠の記載をお願いします)			
直近のPSA値()ng / dL Gleason score ()			
現在状況	酸素	閉所恐怖症	移動方法
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
感染症	体内金属	ペースメーカー	検査時に必要な処遇・留意点など
<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有	

FAX番号: 082-233-7700

広島平和クリニック

がんドック先端医療健診センター
高精度がん放射線治療センター

本書は個人情報の為、番号を再確認ください
特にゼロ発信の場合は
0-082-233-7700にて送信ください

〒730-0856 広島市中区河原町1-31(平和大通り沿い・中国新聞本社前)

TEL:082-532-2211 URL <http://www.h-heiwa.or.jp/>