

# <sup>68</sup>Ga-PSMA PET/CT検査依頼書(申込チェックリスト)

記入日 年 月 日

FAX送信先：0248-22-2289

白河厚生総合病院 PET画像診断センター 担当医師殿

下記の患者様を紹介致します。

医療機関名：

科名：

医師名：

必ず☑チェックをお願いします。

- <sup>68</sup>Ga-PSMA PET/CT検査のみを依頼 (放射線リガンド療法を実施可能な施設からの紹介である)
- <sup>68</sup>Ga-PSMA PET/CT検査 および <sup>177</sup>Lu-PSMA 放射性リガンド療法の両方を依頼

PET検査 (予約日時)	年	月	日 (曜日)	時	分
-----------------	---	---	--------	---	---

ふりがな	身長・体重	生年月日	性別
患者様氏名	cm kg	大・昭 年 月 日 平・令	男 女
患者様住所	〒	電話番号 日中連絡の取れる場所もしくは携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯電話 tel	

適応詳細	<p><input type="checkbox"/> 内に必ず☑を記入してください</p> <p><sup>68</sup>Ga-PSMA PET/CT検査のみのご依頼でも<b>4項目すべてを満たす必要があります。</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 転移性去勢抵抗性前立腺がん (mCRPC) の診断を受けている</li><li><input type="checkbox"/> 画像診断検査などで遠隔転移が確認されている</li><li><input type="checkbox"/> <sup>177</sup>Lu-PSMA 放射性リガンド療法を考慮している</li><li><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 (イクスタンジ) <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)</li></ol>
------	---

患者情報	薬、食品のアレルギー反応 (過敏反応)	無 ・ 有 ( )
	閉所恐怖症	無 ・ 有 ( )
	約40分程度の静止 (仰向け)	できる ・ できない ( )
	手術等による体内の金属	無 ・ 有 ( )

検査依頼書(申込チェックリスト)、診療情報提供書、説明・同意書も併せてFAXお願い致します。

白河厚生総合病院 PET画像診断センター

受付時間 月～金曜日(8:30~17:00) tel: 0248-22-2282 FAX: 0248-22-2289