

岐阜大学医学部附属病院 紹介連絡・予約申込書 FAX 058-230-7035

患者さん同意のもと申込します。

申込日 年 月 日 午前・午後 時 分

依頼元	病院名	医師名				
	TEL	FAX				
患者情報	フリガナ					
	氏名	(旧姓) ※古い受診歴の確認のため、わかる範囲でご協力ください				
	性別	<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		<input type="checkbox"/> 女性	年	月	日 ( 歳)	
	住所	〒	—			
	自宅TEL	携帯TEL				
保険情報等	保険者番号	記号・番号				
	受診歴	<input type="checkbox"/> 岐阜大学病院へ通院中 過去受診したことが <input type="checkbox"/> ある ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> ない				
		( 科)	岐阜大学病院ID ( )			
□現在医療機関に入院中です → 入院中に受診する場合は別紙事務連絡をご持参ください。						
受診希望情報	診療科	<input type="checkbox"/> 01消化器内科	<input type="checkbox"/> 41整形外科	検査	部位 ( )	
		<input type="checkbox"/> 02血液・感染症内科	<input type="checkbox"/> 46脳神経外科	<input type="checkbox"/> CT	造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 06循環器内科	<input type="checkbox"/> 51眼科	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> FDG-PET/CT検査	
		<input type="checkbox"/> 07腎臓内科	<input type="checkbox"/> 56耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input checked="" type="checkbox"/> PSMA-PET/CT検査	※別紙事前確認事項シートを添付して送付	
		<input type="checkbox"/> 08呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 57形成外科	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	(食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査)	
		<input type="checkbox"/> 12糖尿病代謝内科	<input type="checkbox"/> 61皮膚科	その他相談 (お返事に数時間~数日かかります)		
		<input type="checkbox"/> 13免疫・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 66泌尿器科	<input type="checkbox"/> がんゲノム遺伝子パネル検査 (組織・血液)		
		<input type="checkbox"/> 16脳神経内科	<input type="checkbox"/> 67腎移植外科	<input type="checkbox"/> NIPT (自費) 別紙専用申込書を必ず送ってください		
		<input type="checkbox"/> 96総合内科	<input type="checkbox"/> 71精神科	<input type="checkbox"/> がん生殖医療相談 (自費)		
		<input type="checkbox"/> 21心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 76小児科	※30分まで10,000円(税別)延長30分ごと5,000円(税別)		
	<input type="checkbox"/> 22呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 81放射線IVR	<input type="checkbox"/> プレコンサルテーション外来 (自費)			
	<input type="checkbox"/> 31消化器外科	<input type="checkbox"/> 81放射線治療科	※30分まで4,500円(税込)延長30分ごと4,500円(税込)			
	<input type="checkbox"/> 32乳腺外科	<input type="checkbox"/> 86麻酔科疼痛治療科				
	<input type="checkbox"/> 36産婦人科	<input type="checkbox"/> 91歯科口腔外科				
	希望医師名	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし				
	診断名または症状					
	受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望日	第2希望日		
		<input type="checkbox"/> 病状により早急	年 月 日	年 月 日		
	希望日で調整できないこともあります。都合が悪く受診できない日 ( )					
言語	会話言語	日本語対応ができない場合に回答してください。				
		<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 中国語	<input type="checkbox"/> ベトナム語	<input type="checkbox"/> ロシア語	
		<input type="checkbox"/> ポルトガル語	<input type="checkbox"/> タイ語	<input type="checkbox"/> インドネシア語	<input type="checkbox"/> ペルシア語	
		<input type="checkbox"/> スペイン語	<input type="checkbox"/> 韓国語	<input type="checkbox"/> タガログ語	<input type="checkbox"/> フランス語	
	<input type="checkbox"/> モンゴル語	<input type="checkbox"/> ヒンディー語	<input type="checkbox"/> ネパール語	<input type="checkbox"/> ミャンマー語	<input type="checkbox"/> 広東語	

FAXでのお申し込みの他にぎふ清流ネットを介してのWeb診療予約も受け付けております。

詳しくは… <https://www.hosp.gifu-u.ac.jp/official/webkarute.html> にて



岐阜大学医学部附属病院 総合患者サポートセンター

〒501-1194 岐阜市柳戸1-1 TEL: 058-230-7033 FAX: 058-230-7035

2026.03

# PSMA - PET/CT 検査

## 事前確認事項シート

● 患者氏名

● 医療機関名

● 生年月日

● 確認医師名

① 去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）と診断されていますか？

- はい
- いいえ（診断名を記入してください）

② 今回の PSMA-PET 検査の目的は前立腺癌患者に対する PSMA 標的療法の判定の補助ですか？

※ ガリウム ( $^{68}\text{Ga}$ ) コゼトチドの効能又は効果は、「PSMA 標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助」であり、前立腺癌の再発又は転移の診断における使用に関して、現時点では本邦において承認を受けておりません。

- はい
- いいえ（目的を記入してください）

③  $^{177}\text{Lu}$ -PSMA 治療を予定している医療機関を記入してください。

- 自施設
- 他施設
- 予定なし/未定

④ これまでの治療について処方歴のあるものにチェックをお願いします。

※ 少なくとも 1 種類以上の ARSI(エンザルタミド、アピラテロン、アパルタミド、ダロルタミド)の使用歴がある必要があります。

- エンザルタミド       アピラテロン
- アパルタミド       ダロルタミド
- ドキタキセル       カバジタキセル
- 塩化ラジウム       ペンブロリズマブ
- オラパリブ(タラゾパリブ)
- その他

⑤ 直近 3 回分の PSA 値を記入してください。

最新

<input type="text"/>	ng/mL	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

前回

<input type="text"/>	ng/mL	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

前々回

<input type="text"/>	ng/mL	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

⑥ Gleason score を記入してください。

+  =  点  
年 月 日

⑦ 転移の状況・部位について記入してください。

- リンパ節（所属リンパ節）  
 リンパ節（遠隔）  
 骨  
 肺  
 肝  
 その他

⑧ 直近で実施された画像検査を記入してください。

※ チェックをつけられた検査結果につきましては可能な限りデータをお送り（郵送もしくは患者持参）いただけますようお願いします。

- CT  
 MRI  
 骨シンチ  
 FDG-PET  
 その他

⑨ 体内金属・医療機器の有無について記入してください。

※ ペースメーカーの入っている方の予約の際はペースメーカー手帳の機種名が記載されているページを申込時に FAX でお送りください。

- なし  
 あり  
 ペースメーカー  補聴器  
 神経刺激装置  人工内耳  
 インスリンポンプ  人工関節  
 血糖値測定器  
 その他

⑩ その他、留意事項があればご記載ください。

- ご記入内容について、確認のためお問い合わせさせていただく場合がございます。
- 「紹介・診療情報提供書」に診断内容や治療経過の詳細をご記載いただけますと幸いです。

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください

岐阜大学医学部附属病院 総合患者サポートセンター  
TEL:058-230-7033 お問い合わせ：平日 8:30~17:00

# 紹介・診療情報提供書

西暦 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院

\_\_\_\_\_科 御中

\_\_\_\_\_殿

紹介元医療機関  
の所在地及び名称  
電 話 番 号  
診 療 科 名  
医 師 氏 名

㊞

患者氏名		性別	男・女	職業	
住 所					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳)	電話番号 ( ) -

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 注) 1. 記入欄不足の場合は、続紙を添付してください。  
2. 必要に応じて、画像データ CD, 検査記録等を添付してください。  
3. 宛名欄の医師名が不明の場合は、診療科名のみご記入ください。