

PET/CT検査依頼書

(診療情報提供書)

予約日時

年 月 日 時 分

国際医療福祉大学病院
地域医療連携室 行
電話 0287-38-2786
FAX 0287-38-2787

貴院の名称
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

①	フリガナ	生年月日	性別
	患者氏名	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
	住所 連絡先	TEL:	

②	臨床診断	※「疑い」での検査は、保険適応となりません。		
	検査目的	☐ 病期診断 ☐ 転移検索 ☐ 再発診断 ☐ その他() ※「治療効果判定・経過観察」目的での検査は、保険適応となりません。		
	検査部位	☐ 頭部 ～ 大腿基部(基本部位) ☐ その他()		
	既往歴及び 手術歴			
	臨床経過 検査結果等	腫瘍マーカー:() 3ヶ月以内の画像検査 : ☐ X-P ☐ CT ☐ MRI ☐ 他() 上記検査日 : 年 月 日 ※ 可能であれば、患者様に画像をCD-Rで持参させてください。 持参した画像の返却方法 : ☐ 不要 ☐ 要 () ※ 同一月にガリウムシンチグラフィを行っている場合、PET/CT検査はお受けできません。		

③	患者情報	身長:()cm 体重:()kg 空腹時血糖値 : ()mg/dl 糖尿病 : ☐ なし ☐ あり (☐ インスリン治療 ☐ 食事・運動療法 ☐ 薬物療法 ☐ 放置) ペースメーカー : ☐ なし ☐ あり ※「あり」の場合、PET/CT検査はお受けできません。 妊娠の可能性 : ☐ なし ☐ あり ※「あり」の場合、PET/CT検査はお受けできません。 移動方法 : ☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー 動的介助 : ☐ 不要 ☐ 必要(家族の付き添いをお願いすることがございます。) コミュニケーション : ☐ 良好 ☐ 要介助(家族の付き添いをお願いすることがございます。) 感染症 : HBV(+ ・ - ・未) HCV(+ ・ - ・未) その他()		
	その他留意点			