

PET/CT検査診療情報提供書(兼紹介状)

依頼日:平成 年 月 日

●患者(受診者)様情報

フリガナ			連絡先電話番号 () -
患者氏名	様 男・女		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生(歳)	身長(cm) 体重(kg)	
検査予定日時	年 月 日 () 時 分		受付時間は検査時間の40分前です。

●ご依頼医療機関情報

医療機関の名称		送付の場合の宛先、病棟など
医療科・医師名	科	
画像フィルム	要	※送付の場合、費用は患者様負担となります。

注:検査画像はCDでお渡しいたします。フィルムが必要な場合には「要」へ○印をお願いいたします。

●保険診療確認事項

前回受診歴	(有・無) 平成 年 月 日
臨床診断	
検査目的	病期診断 再発診断 転移検索 他()
病理診断検査	実施している() 実施していない
画像診断検査	実施している: CT・MRI・US・RI・他() 実施していない
腫瘍マーカー	
手術歴 (術式はわかる分で結構です)	無・有 年 月 術式() 年 月 術式()
臨床経過・検査目的 等	
こちらの内容は貴院の様式をご利用いただいても結構です。	
保険適用外の場合の病名	[]

●検査前確認事項

現在状況	外来・入院	糖尿病	無・有(空腹時血糖 mg/dl)
20分静止	可能・不可能(静止方法)	腎機能	正常・異常 クレアチン(mg/dl)
移動方法	歩行・杖・車イス・ストレッチャー・()	感染症	無・有()
移動	介助不要・要介助	妊娠可能性	無・有
排尿	介助不要・要介助	病状告知	無・有()
その他の留意点・必要な処置等			

[原則、当院より患者様への結果説明はいたしません。必要な場合は、その旨をご連絡ください。]

※お電話にて予定日の決定後、必要事項をご記入の上この用紙をファックスしてください

FAX0120-332-967

ファックス後この用紙をお手元に保管してください。