

PET/CT検査診療情報提供書(兼紹介状)

依頼日： 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	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		

注：検査画像はCDでお渡しいたします。

●保険診療確認事項

前回受診歴	(有・無) 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。

●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)	感染症	無 ・ 有 ()
移動方法	歩行 ・ 杖 ・ 車イス ・ ストレッチャー ・ ()	妊娠可能性	無 ・ 有
移動	介助不要 ・ 要介助	病状告知	無 ・ 有 ()
排尿	介助不要 ・ 要介助	ペースメーカー	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。