

診療情報提供書(PET/CT検査依頼書)

貴医療機関 TEL . ()		診療科		担当医師(フルネーム)	
------------------------	--	-----	--	-------------	--

ふりがな		性別	住所 〒 -		
患者様名		男 女			
生年月日	M・T・S H・R 年 月 日(才)				
身長・体重	cm kg		TEL : ()		
保険診療 ・ 自費診療			携帯: ()		
臨床診断	肺癌 乳癌 大腸癌 頭頸部癌 脳腫瘍 膵癌 悪性リンパ腫 悪性黒色腫 原発不明癌 その他()				
検査目的	良悪鑑別 病期診断 再発診断 転移検索 他()				
画像検査 施行日	年 月 日 CT・MR・US・RI・他()※直近のみ(要持参)				
病理検査	※施行した検査と結果、施行日				
腫瘍マーカー					
臨床経過等					
同月内のガリウムシンチの実施			無 ・ 有 ※同月実施の場合、一方は算定不可		
・手術歴	無 ・ 有	年 月	術式		
・化学療法	無 ・ 有	年 月			
・放射線治療	無 ・ 有	年 月			
糖尿病	無 ・ 有	※糖尿病薬剤について:検査当日の服用(投与)は避けてください			
	空腹時血糖値	mg/dl	使用薬剤名:		
自力歩行	可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	30分静止 可 ・ 不可			
妊娠	無 ・ 有	感染症 HBsAg(－・＋) HCVAb(－・＋) その他()			
人工肛門	無 ・ 有	気管切開	無 ・ 有	現在状況 外来 ・ 入院中	
告知	済 ・ 未	閉所恐怖症	無 ・ 有	輸液 無 ・ 点滴 ・ IVH	
薬剤アレルギー	無 ・ 有 ()	処置 酸素 その他()			
ペースメーカー等	無 ・ 有 ()				
認知機能低下 無 ・ 有()					
検査希望日があれば記入して下さい			月 日		
その他、検査に関する留意点等					
検査可否(放射線科医師記入)			可 ・ 否		
理由:					