

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 男 女	住所 〒 -
患者様名			
生年月日	M・T S・H 年 月 日 (才)		
身長・体重	cm kg		TEL : () 携帯: ()
保険診療 ・ 自費診療			

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: