

PET-CT 診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

成田記念病院 放射線科 担当医 宛

申込日 年 月 日 地域医療連携室 (直通) FAX 0532-31-2279

医療機関名	病院		科/医師名			
ふりがな			生年月日	性別		
患者様氏名	(旧姓)	明・大・昭・平	年 月 日	男・女		
電話番号	* 患者様と日中連絡の取れる電話番号をご記載下さい 自宅: () - または 携帯電話: () -					
検査希望日	第一希望:	年 月 日	第二希望:	年 月 日		
臨床診断名	適応条件					
<input type="checkbox"/> 早期胃癌以外の悪性腫瘍 ()	適応条件: 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者					
<input type="checkbox"/> てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者					
<input type="checkbox"/> 自費	上記以外					
<input type="checkbox"/> その他 ()						
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断	<input type="checkbox"/> 転移・再発診断	<input type="checkbox"/> 鑑別診断	<input type="checkbox"/> 原発巣検索	<input type="checkbox"/> その他	
画像	<input type="checkbox"/> CT (撮影日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> MRI (撮影日: 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> US (撮影日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他 (撮影日: 年 月 日)			
	※検査の当日に必ずご持参ください。					
病理診断	病理検査実施日 (年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> あり (病理結果:)					
	<input type="checkbox"/> なし (病理診断による確定診断は得られなかったが臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍であると診断した場合も含む)					
症状及び経過・腫瘍マーカーなどの他検査所見						
既往歴・手術歴						
・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	・糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖 (mg/dl)
・妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	・ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 使用あり	
・30分以上の静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	・介助	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	介助方法 ()
その他留意事項						