

(紹介状原本となりますので検査日当日に必ずご持参下さい)

地域医療連携室 FAX 0532-31-2279 (直通)

P E T - C T 検査依頼書 (診療情報提供書)

成田記念病院 放射線科 担当医 宛

申込日 年 月 日

医療機関名	診療科	
	医師名	
ふりがな	生年月日	
患者様氏名	大・昭・平・令	性別
	(旧姓) 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
	<input type="checkbox"/> 当院の診療体制に委ねる	
保険条件		
悪性腫瘍	悪性腫瘍が確定している (早期胃がんを除く) (診断名:) ※PET-CT以外の画像診断を約3ヶ月以内に実施をしていること。 ◆下記いずれかの検査目的にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ)	
その他	<input type="checkbox"/> 心疾患 (診断名:) ※虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断 (他検査で判断がつかない場合のみ) ※心サルコイドーシスの診断、心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる場合 <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場合) <input type="checkbox"/> 血管炎 (高安動脈炎の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない場合) <input type="checkbox"/> 自費	
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) ※検査の当日に必ず画像をご持参ください。	
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・検査目的 (手術歴、放射線治療歴、化学療法治療歴、腫瘍マーカーや既往歴等をご記載下さい) <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書を参照		
◆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		

