

PET-CT依頼書(診療情報提供書)

紹介元 医療機関		担当医師	科	医師
所在地		連絡先	TEL:() FAX:()	— —

当院受診歴	☐ 初診 ☐ 再診	当院 ID	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		☐ 男 ☐ 女	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒 —		
連絡先 (連絡可能な番号)	優先順位① 自宅・携帯・勤務先 () —	優先順位② 自宅・携帯・勤務先 () —	
PET検査歴	☐ 無 ☐ 有	(前回 : 年 月)	

検査依頼情報

希望日時	① 年 月 日 曜日 来院(検査)時間 ☐ 9:20(10:50) ☐ 11:20(12:50) ☐ 13:20(14:50) ② 年 月 日 曜日 来院(検査)時間 ☐ 9:20(10:50) ☐ 11:20(12:50) ☐ 13:20(14:50)
紹介目的	☐ 保険診療 ☐ 自由診療
保険適用条件	☐ 早期胃がんを除く悪性腫瘍 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に用いる。 ※原発不明癌の場合は転移巣が画像診断、生検等で疑われ、かつ腫瘍マーカー高値を示すなど、 悪性腫瘍の存在が疑われるが原発巣が不明な場合のみ適用 ----- ☐ 心臓(サルコイドーシス) ☐ てんかん ☐ 大型血管炎
保険病名	☐ 肺癌 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 頭頸部癌 ☐ 乳癌 ☐ 食道癌 ☐ 胃癌 ☐ 大腸癌 ☐ 膵癌 ☐ 肝癌 ☐ 子宮癌 ☐ 卵巣癌 ☐ 悪性黒色腫 ☐ 悪性骨軟部腫瘍(部位:) ☐ 原発不明癌 ※上記適用条件確認してください ☐ その他()
検査目的	☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ 治療効果判定 ☐ その他()
画像検査実施状況 実施日記載	☐ MRI (月 日) ☐ CT(月 日) ☐ X線検査 (月 日) ☐ その他() ※腫瘍マーカー検査のみ実施の場合は自由診療となります。
臨床経過 腫瘍マーカー 放射線治療 手術歴等を 記入下さい	

患者情報

身体情報	身長 cm 体重 kg	告知の有無	☐ 無 ☐ 有 ※必ずご記入ください
移動方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー ☐ その他()		
排尿	☐ 自立 ☐ 導尿 ☐ オムツ ☐ その他()		
ペースメーカー ICD	☐ 無 ☐ 有 ※当日手帳を持参下さい	30分程の静止 (仰向け)	☐ 可 ☐ 不可
糖尿病	☐ 無 ☐ 有	感染症	☐ 無 ☐ 有 ()
閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	妊娠	☐ 無 ☐ 有