

PET/CT検査依頼書 (情報提供書)

※ご記入後、06-6451-1234までFAXして下さい。

お申込日 平成 年 月 日

フリガナ				医療機関	
患者氏名	男・女			診療科	
M・T・S・H	年	月	日生	主治医	
身長	cm	体重	kg	電話	() -
				FAX	() -
予約日時	平成	年	月	日 ()	午前・午後 時 分
所見	平成	年	月	日 ()	までに必要 Film 要・不要 (CD-Rは添付いたします。)
検査部位	・全身(頭部～大腿上部) ・その他()				
造影PET/CT	・希望しない ・希望する(別紙CT造影問診票にご記入とご署名をお願いします)				
施行済み検査	・CT ・MRI ・エコー ・PET ・PET/CT ・その他() ※画像をお持ちの場合、当日CD-R、Film等の持参をお願いします。				
悪性腫瘍病名 <small>(早期胃癌を除く。)</small>	()				
検査目的 <small>(いずれかに○をお願いします)</small>	1. 転移・再発診断 2. 病期診断 3. 原発巣検索 ※4. その他 ※4. 悪性腫瘍が確定していない場合は、肺がん・乳がん・大腸がん・頭頸部がん・転移性肝がん・膵がんの疑いに限る				
【既往歴・手術歴・現病歴等】					
検査前確認事項(該当する箇所には必ず○をご記入ください)					
糖尿病	無・有	入院区分	外来・入院(病棟)		
感染症	無・有()	独歩	可・不可(車いす・ストレッチャー)		
ペースメーカー	無・有	ベッド移動	介助不要・要介助		
腎機能障害	無・有(透析 無・有)	排尿	介助不要・要介助		
持続点滴	無・有()	酸素	無・有		
バリウム検査	無・有(月 日)	告知	無・有		
※持続点滴をされている患者様は検査時間の4時間前から生理食塩水に交換して下さい。 ※1週間以内に胃透視、注腸検査をされている患者様は腹部にバリウムが残存している可能性があります。 正確な結果が出ない場合がありますので、なるべく1週間以上空けてお申込み下さい。					
その他留意点等					

※患者様の状態により医療従事者またはご家族の同伴をお願いすることがございます