

PET検査依頼書(診療情報提供書)

患者様	フリガナ		性別	
	氏名			様
	生年月日		歳	
	住所〒			—
	TEL			
	携帯			

貴医療機関	医療機関名	
	診療科	
	担当医師 (フルネーム)	印
	住所〒	
	TEL	
	FAX	

*検査予約 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ()
	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 膵癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌
	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	<input type="checkbox"/> 食道癌	<input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

施行した画像診断 および 施行年月	<input type="checkbox"/> C T	部位:	検査施行日:
	<input type="checkbox"/> MRI	部位:	検査施行日:
	<input type="checkbox"/> 超音波	部位:	検査施行日:
	<input type="checkbox"/> その他 モダリティ等	項目: 部位:	検査施行日:

注:フィルム及び読影レポートをご持参ください

腫瘍マーカーなど	
----------	--

■検査目的

■臨床経過 手術歴/放射線治療歴/病理診断等について、特に最近(1年以内)のものは内容・月日を詳しくご記入ください

--	--	--	--

確認事項	糖尿病	有・無	30分程度の静止	可・不可	歩行	可・不可(車椅子・ストレッチャー)
	妊娠	有・無	閉所恐怖症	有・無	感染症	有・無 ()
	腎機能障害	有・無	病名告知	全告知・一部告知・未告知	アレルギー等	有・無 ()

■その他、検査に関わる留意点等