

# 診療情報提供書 (PET-CT検査依頼書)

平成 年 月 日

医療法人財団康生会  
武田病院画像診断センター 担当医 宛

紹介元医療機関名  
診療科・医師名

電話番号( ) -



予約日時 平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分

## 患者様情報

ふりがな

氏名 様 性別 男・女

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)

住所 (〒 - )

電話番号(連絡の取れる所・携帯): - -

## 確認事項

糖尿病	有	無	感染症	有	無	
妊娠	有	無	→有の場合 感染症の種類( )			
→最終月経( 月 日頃)			搬送区分	独歩	車椅子	ストレッチャー
閉所恐怖症	有	無				

臨床診断	脳腫瘍 頭頸部癌 《 咽頭 喉頭 舌 甲状腺 その他( ) 》
	肺癌 食道癌 胃癌(早期を除く) 大腸癌 肝癌 膵癌 胆嚢・胆管癌
	乳癌 卵巣癌 子宮癌 《 頸癌・体癌 》
	腎癌 膀胱癌 前立腺癌 悪性リンパ腫 悪性黒色腫
	その他の悪性腫瘍 ( )
	てんかん 心サルコイドーシス (予約の際に心サルコイドーシス診断とお伝えください)
検査目的	病期診断 転移診断 再発診断
持参フィルム	CT MRI RI US その他( )

臨床経過・既往歴(病変のサイズ・部位、病理診断など)

次回診察日

月 日