診療情報提供書（PET-ＣＴ検査依頼書）

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　　電話番号　　－　　－

診療科・医師名　　㊞

予約日時　年月日：　　曜日　時刻：　　時　　分

患者様情報（必須）			
ふりがな		性別	
氏名	様	○男　○女	
生年月日		年齢	歳
住所	〒　　―		
電話番号	（連絡の取れるところ・携帯）　　－　　－		
確認事項	糖尿病　○有　○無　閉所恐怖症　○有　○無 感染症　○有　○無　→有の場合 感染症の種類 妊娠　○有　○無　→最終月経　　頃 搬送区分　○独歩　○車椅子　○ストレッチャー		
臨床診断	□脳腫瘍　□肺癌　□食道癌　□大腸癌　□肝癌　□膵癌　□乳癌　□腎癌 □頭頚部癌《□咽頭　□喉頭　□舌　□甲状腺　□その他　》 □卵巣癌　□子宮癌（頚癌）　□子宮癌（体癌）　□胆嚢・胆管癌　□胃癌(早期を除く) □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）		
	□大型血管炎（土曜日は実施しておりません）		
事前検査	●ＣＴ・ＭＲＩ・ＵＳ等の画像診断を３ヶ月以内に行われている。　○はい　○いいえ *PET 検査予約時に画像診断、病理診断等による精査を３ヶ月以内に行われていることが必要です。		
説明事項	●患者様への検査の正当化・被曝の説明・防護の最適化についての説明済み。　○はい *医療法　診療用放射線に係る安全管理体制に関する規定によるもの		
検査目的	□病期診断　□転移診断　□再発診断 *「悪性リンパ腫を除く治療効果判定・経過観察」での検査は、保険適応となりません。		
持参フィルム	○CT　○MRI　○RI　○US　○その他(　　)		
臨床経過・既往歴			

次回診察日	