

診療情報提供書(PET-CT検査依頼書)

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 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 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
妊娠 有・無
→最終月経(月 日頃)
閉所恐怖症 有・無

感染症 有・無
→有の場合 感染症の種類()
搬送区分 独歩・車椅子・ストレッチャー

臨床診断
(必須)

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)

大型血管炎 (土曜日は実施していません)

事前検査
(必須)

●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
(必須)

●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
(必須)

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

月 日