

PET/CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先

千葉療護センター PET 担当医 行き

紹介元医療機関

所在地・名称

電話番号

医師氏名

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	職業	
患者住所		電話番号	

検査予約日時はお電話にて確定いたします

直通 TEL 043-277-0081

FAX 043-279-4140

(チェックあるいは○で囲んでください)

検査予約日	年 月 日
予約時刻	時 分

ご依頼内容 経過情報 (貴施設様式 でも 結構です)	診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> 不明		
	PETCT	<input type="checkbox"/> FDG-PETCT <input type="checkbox"/> MET-PETCT + 造影CT追加(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	検査範囲	<input type="checkbox"/> 全身(頭部から大腿基部) <input type="checkbox"/> 頭部のみ		
	MRI 検査希望	<input type="checkbox"/> 頭部MRI造影 <input type="checkbox"/> 頭部MRI単純		
	検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> その他()		
	臨床診断	() <input type="checkbox"/> 結果至急(月 日まで)		
	臨床情報 留意事項など	次回外来予定(月 日) 手術・治療予定日(月 日)		
患者情報 治療歴など	腫瘍マーカー	病理検査結果		
	糖尿病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手術歴	年 月 日
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(術式など)	
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	化学療法	年 月
			放射線療法	年 月
	患者様の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> その他()		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー※		
	PET 検査歴	年 月頃	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	体内金属	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同月の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Ga シンチ
	人工肛門	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	使用中の薬		
検査結果様式	画像 { <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> フィルム(CT画像のみ)} 読影(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)			
当日持参画像	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他()			

*お願い: PET 検査前1週間以内の消化管バリウム検査はお控え下さい(画質低下のため)。

※ 車いす・ストレッチャー患者様の場合、ご家族の検査時付き添いをお願い致します。