

PET-CT 検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

医療法人 医誠会
 医誠会国際総合病院 PET-CTセンター
 担当先生御侍史

病院名
 住 所
 診療科
 医師名

検査予約日時 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ			男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日
患者氏名				連絡先電話番号 - -
臨床診断				
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索			
既往歴 家族歴				
検査結果	画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()	年 月 実施 年 月 実施 年 月 実施	
	腫瘍マーカー	結果 []		
	病理診断	結果 []		
臨床経過				
備考	歩行	: 可・不可	}	歩行不可または介助要の方は、尿道バルーン留置が必要です
	介助	: 要・不要		
	認知症	: なし・あり		
	閉所恐怖症	: なし・あり		
	持続点滴	: なし・あり		検査4時間前から、糖を含む点滴を中止してください
	糖尿病	: なし・あり		(無治療・治療〔内服・インスリン・食事療法〕)
	血糖値	: [] mg/dl (空腹時)		
	感染症	: なし・あり		(HBV(+) ・HCV(+) ・その他〔])
	妊娠	: なし・あり		妊娠の可能性のある方も検査を受けることができません
告知	: 済・未		(備考:)	
検査結果	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (<input type="checkbox"/> DICOM <input type="checkbox"/> JPEG)			

1. 検査予約日時の変更・取り消しは、検査前日の正午までにご連絡下さい。
2. この検査依頼書に記載されている個人情報には、PET-CT検査目的以外に利用いたしません。

医療法人医誠会 医誠会国際総合病院 PET-CTセンター 〒530-0052 大阪市北区南扇町4-14

【 受付時間 月～金 8:30 - 17:00 】 TEL 0570-099166 FAX 06-4301-5645