

検査日	送迎
月 日	有・無
来院時間	時 分
時 分	自宅・貴施設

診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書)

〈紹介先医療機関等名〉

記入日 年 月 日

福岡記念PET・健診センター
担当科 放射線科 担当医 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称
〒 -

診療科 科 担当医師名 印
(入院 () 病棟・外来)
電話: FAX:

患者氏名	フリガナ		性別	身長	cm	体重	kg
	氏名		男・女				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			職業			
患者住所	〒 -						
電話番号				携帯番号			

傷病名							
紹介目的	PET・CT検査依頼 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ) ●保険適応の要件 (他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断の確定ができない場合) <input type="checkbox"/> 心筋バイアビリティ <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> てんかん焦点検査 <input type="checkbox"/> 自費診療 目的 ()						
既往・家族歴							
症状経過							
画像診断	PET検査歴 (年 月 日撮影) 前回撮影より4ヵ月以上空けて下さい。 <input type="checkbox"/> CT (年 月 日撮影) <input type="checkbox"/> MRI (年 月 日撮影) <input type="checkbox"/> US (年 月 日撮影) ※画像診断等は概ね3ヵ月以内の施行が必要です。 <input type="checkbox"/> Gaシンチ (年 月 日撮影) ※同一月内の施行は不可となっております						
病理検査	実施している (年 月 日)			実施していない			
腫瘍マーカー (値)	検査施行日 (年 月 日)						
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 術式 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 術式						
現在の処方							
今後の予定	次回受診日 (月 日)						

検査前確認事項

患者様の状況	現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 (輸液・酸素・導尿・ドレーン) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	告知の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		20分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
	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				
	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (BUNクレアチニン)				
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖)				
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種別)				

- ◎記入後1枚目をご郵送ください。
- ◎保険診療または自由診療が決定しましたらご連絡さしあげます。
- ◎画像診断データ、検査データの添付をお願い致します。

社会医療法人 大成会
福岡記念PET・健診センター
 〒810-0054 福岡市中央区今川2丁目16-16
 TEL 092(739)0110 FAX 092(739)0212