

検 査 日	
月	日
来院時間	
時	分

診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）

〈紹介先医療機関等名〉
福岡記念PET・健診センター
担当科 放射線科 担当医 殿

記入日 年 月 日
紹介元医療機関の所在地及び名称
〒
診療科 科 担当医師名
(入院 () 病棟 ・ 外来)
電話： FAX：

印

患 者 氏 名	フリガナ		性 別	身 長	cm	体 重	kg
	氏 名		男 ・ 女				
生 年 月 日	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 ☐ 悪性腫瘍（早期胃癌を除く） ☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ 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） ☐ 心筋バイアビリティ ☐ 心サルコイドーシス ☐ 高安動脈炎 ☐ てんかん焦点検査 ☐ 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。 ☐ CT（ 年 月 日撮影） ☐ MRI（ 年 月 日撮影） ☐ 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。 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 年 月 日 術式 ☐ 無 ☐ 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 ※必ずご記入下さい

患者様の状況	現 在 状 況	☐ 外来 ☐ 入院中（輸液・酸素・導尿・ドレーン） ☐ 在宅酸素（ L）		
	移 動 手 段	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
	糖 尿 病	☐ 無 ☐ 有 （持続血糖測定器・インスリンポンプ）		
	認 知 症	☐ 無 ☐ 有		
	ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有 （CT撮影 可・不可 ）		
	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	20分静止	☐ 可能 ☐ 不可能
	告知の有無	☐ 有 ☐ 無	妊娠の可能性	☐ 無 ☐ 有

◎記入後1枚目をご郵送下さい。
◎保険適応外（自由診療）となる場合には、ご連絡申し上げます。
◎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

検 査 日	
月	日
来院時間	
時	分

診療情報提供書（PET/CT検査依頼書）

〈紹介先医療機関等名〉
福岡記念PET・健診センター
担当科 放射線科 担当医 殿

記入日 年 月 日
紹介元医療機関の所在地及び名称
〒
診療科 科 担当医師名
(入院 () 病棟 ・ 外来)
電話： FAX：

印

患 者 氏 名	フリガナ		性 別	身 長	cm	体 重	kg
	氏 名		男 ・ 女				
生 年 月 日	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 ☐ 悪性腫瘍（早期胃癌を除く） ☐ 病期診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ 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） ☐ 心筋バイアビリティ ☐ 心サルコイドーシス ☐ 高安動脈炎 ☐ てんかん焦点検査 ☐ 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。 ☐ CT（ 年 月 日撮影） ☐ MRI（ 年 月 日撮影） ☐ 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。 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有 年 月 日 術式 ☐ 無 ☐ 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 ※必ずご記入下さい

患者様の状況	現 在 状 況	☐ 外来 ☐ 入院中（輸液・酸素・導尿・ドレーン） ☐ 在宅酸素（ L）		
	移 動 手 段	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
	糖 尿 病	☐ 無 ☐ 有 （持続血糖測定器・インスリンポンプ）		
	認 知 症	☐ 無 ☐ 有		
	ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有 （CT撮影 可・不可 ）		
	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	20分静止	☐ 可能 ☐ 不可能
	告知の有無	☐ 有 ☐ 無	妊娠の可能性	☐ 無 ☐ 有

◎記入後1枚目をご郵送下さい。
◎保険適応外（自由診療）となる場合には、ご連絡差し上げます。
◎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