

# PET/CT検査依頼書(診療情報提供書)

2019年4月改訂

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	性別	
患者氏名	様	年 月 日( 歳)		男・女	
住所	〒 _____ 大阪府済生会中津病院受診歴 (有・無・不明) ※ご記載の住所宛に検査資料を送ります				
連絡先	TEL(自宅) ( )	TEL(携帯) ( )			
確定診断 <small>※癌の疑いは保険適用外です</small>	肺癌 乳癌 大腸癌 頭頸部癌 膵癌 悪性リンパ腫 悪性黒色腫 食道癌 進行胃癌 胆嚢・胆管癌 子宮癌 卵巣癌 皮膚癌 血管炎 早期胃癌を除くその他( ) 原発不明癌(転移確認部位: )				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移の診断 <input type="checkbox"/> 再発の診断 <input type="checkbox"/> その他(自由診療)				
施行した画像診断	CT・MRI(検査日:20 年 月 日)・RI・超音波・その他( ) ※施行したCT・MRI等の画像は検査当日ご持参ください。				
腫瘍マーカー値など					
最終治療日	化学療法(最終日:20 年 月 日)・放射線治療(最終日:20 年 月 日)				
<臨床経過等(別添可)> (手術歴/放射線治療歴に関して、特に最近のものは内容・年月日を詳しくご記入ください) (転移、再発が疑われる場合は具体的な部位をご記入・または画像所見を添付してください)					
<病理診断>					
検査に必要な確認事項	感染症	無・有( )	体重	( )kg	
	妊娠	無・有	30分程度の静止	可・不可	
	糖尿病	無・有(BS: )・不明	歩行	可・不可(車椅子・ストレッチャー)	
		インスリン 無・有(製剤名)	排尿	介助不要・要介助	
	腎機能障害	無・有	ベッドや検査台への移動	介助不要・要介助	
	告知	無・有・その他( )	入外区分	入院・外来	
	閉所恐怖症	無・有	その他注意事項		
次回診察	( 年 月 日 ) ・ 未定			※結果は到着までに検査後約1週間かかります。お急ぎの場合はご相談ください。	
画像返却方法 <small>(チェックしてください)</small>	<input type="checkbox"/> DVD+所見(通常) <input type="checkbox"/> DVD+所見+画像のサムネイル印刷 ※機器等の都合によりDVDの読み取りが不可能な場合に限り、CD(複数枚)にて返却いたします。 <input type="checkbox"/> CDを希望する				

大阪府済生会中津病院 PETセンター  
 〒530-0012  
 大阪府大阪市北区芝田2-10-39  
 電話 (06) 6372-0712  
 FAX (06) 6372-0732

医療機関名	
所在地	
電話	
F A X	
医師氏名	印