PET-CT 検査依頼書（診療情報提供書）

書式１

医療機関名	電話番号：　　－　　－　　FAX：　　－　　－		
診療科		担当医師名	
ふりがな		性別	生年月日
患者氏名	様	□男 □女	年　月　日（　歳）
住所	〒　　TEL：		
保険番号	保険者番号 記号 番号 本人・家族区分　本人　・　家族 負担割合　１割・２割・３割	公費番号　負担　有・無 福祉番号	
身長・体重	身長：　cm　・　体重：　kg		
外来・入院	□外来：患者の連絡先電話番号：　―　―		
	□入院（DPC 算定病棟に入院している場合は事前にご相談ください）		
臨床診断	□頭頸部がん　□肺がん　□食道がん　□大腸がん　□膵がん　□乳がん　□子宮がん		
	□卵巣がん　□悪性リンパ腫　□原発不明がん　□その他（　）		
	□心サルコイドーシス		
	□血管炎		
検査目的	□病期診断　□再発診断　□転移診断　□治療効果判定　□その他（　）		
実施済み画像検査	□CT　□MRI　□US　□RI　□内視鏡　□その他（　）		
	所見：		
病理検査	□検査済（診断：　）		
	□未実施		
臨床経過：できるだけ詳細に記載していただくようお願いいたします。			
移動形態	□独歩　□車いす（介助不要）　□車いす（要介助）		
	ストレッチャーの患者の検査はお受けしておりません。		
撮像範囲	□標準　※頭部から近位大腿部まで。ただし、心臓ペースメーカ、埋め込み型除細動器が装着されている場合、機器のある部位をはずして撮像しますのでご了承ください。		
	□心サルコイドーシス：胸部のみ		
	□追加撮像希望：範囲（　）		

該当箇所にチェック、記載をして FAX でお送りください。原本は検査当日持参させてください。

東近江市蒲生医療センター　放射線科　TEL：0748-55-1177　　FAX：0748-55-8076