

PET+CT検査 依頼書 (診療情報提供書)

貴医療機関
所在地
名称
電話番号
診療科
医師氏名

科
先生

当院記入欄 ID:
予約日時 ____月____日(____曜) ____時____分
申込日 ____月____日(____曜)

受診者	ふりがな 氏名	様	明 大 昭 平 西 暦	年	月	日生	歳	男女
電話	自宅 ()	—	携帯	—	—			
住所	〒 —							

検査目的	ガン検診・脳腫瘍・頭頸部癌・肺癌・乳癌・食道癌・大腸癌・転移性肝癌・膵癌・子宮癌・卵巣癌・悪性リンパ腫・悪性黒色腫・原発不明癌・胃癌(早期除く)・肝癌・腎癌・前立腺癌等・その他()
画像検査	未実施・US・X-p・CT・MRI・RI・PET・その他() 主な所見(20__年__月__日)
腫瘍 マーカー	20__年__月__日
病理診断	未実施・細胞診・組織診 主な所見(20__年__月__日)
現病歴・ 既往歴	
その他 確認事項	アレルギー(無・有・薬剤「_____」) 感染症(無・有・HBV・HCV・その他「_____」) 糖尿病(無・有) 空腹時血糖_____mg/dl、内服薬・インスリンの使用(無・有) 腎機能障害(無・有) ペースメーカー・植え込み型除細動器(無・有) ----- 身長_____cm、体重_____kg 歩行～排尿(介助不要・介助要) 約1時間の仰臥位静止(可・不可)、閉所恐怖症(無・有) 現在の状況(外来・入院)、病名告知(有・無) 妊娠の可能性(無・有)、授乳(無・有)

洲本伊月病院 PET担当医 行
FAX 0799-26-0786