

# PET/CT検査 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)