

# 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<br>____月____日(____曜)<br>____時____分 |
| 申込日<br>____月____日(____曜)                |

|     |            |   |                |   |   |    |   |    |
|-----|------------|---|----------------|---|---|----|---|----|
| 受診者 | ふりがな<br>氏名 | 様 | 明大<br>昭平<br>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( )<br>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<br>主な所見(20__年__月__日__ )   |
| 現病歴・既往歴     |   |
| その他<br>確認事項 | アレルギー(無・有・薬剤「____」)<br>感染症(無・有・HBV・HCV・その他「____」)<br>糖尿病(無・有)<br>空腹時血糖____mg/dl、内服薬・インスリンの使用(無・有)<br>腎機能障害(無・有)<br>ペースメーカー・植え込み型除細動器(無・有)<br>身長____cm、体重____kg<br>歩行～排尿(介助不要・介助要)<br>約1時間の仰臥位静止(可・不可)、閉所恐怖症(無・有)<br>現在の状況(外来・入院)、病名告知(有・無)<br>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