

PET-CT検査依頼書（兼診療情報提供書）

平成 年 月 日

患者氏名（フリガナ）	生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日（ 歳）	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先（自宅・携帯等） () - *予約日前日に当院より確認のご連絡をいたします。
検査予約日 年 月 日 () :	移動方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	現在 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 中です。	

保険診療確認事項（保険適応の可否を判断いたしますので、必ずご記入下さい。）

診断名					
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他()				
検査部位					
既往歴及び手術歴					
臨床経過 検査目的 及び 検査結果等 (病理診断) (画像診断等)	腫瘍マーカー：(CEA: SCC: CA19-9: CA125: 可溶性IL-2レセプター:) その他:				
添付資料があれば、フィルムも合わせてご持参ください。 (<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ)					

その他確認事項（患者情報等）

身長	体重	空腹時血糖値	妊娠の可能性(基礎疾患等がない限り)
cm	kg	mg/dl	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インスリン治療 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放置)		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合ペースメーカーの種類:)		
感染症	HBV (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未) HCV (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未) その他 ()		
腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (Bun mg/dl クレアチニン値 mg/dl)		
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合: 年 月 日 / 術式:)		
その他留意点:			

注) 電話予約後、地域医療連携室へFAXしてください。当日本紙を受付へ提出してください。

医療機関名

診療科

依頼医サイン

印

ご紹介いただきまして誠にありがとうございます

医療法人社団 高邦会 福岡山王病院 地域医療連携室:TEL 092-832-1107(直通)/FAX 092-832-1206(直通)

電話予約後、地域医療連携室へFAXしてください。当日、本紙を受付へ提出してください。