

P E T - C T 検査依頼書 (兼診療情報提供書)

年 月 日

患者氏名 (フリガナ)	生年月日 □M □T □S □H 年 月 日 (歳)	性別 □男 □女	連絡先 (自宅・携帯等) () -
検査予約日 年 月 日 () :	移動方法 □独歩 □車椅子 □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致しますので、必ずご記入ください。)

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 (検査結果PET-CT)
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、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。
検査結果は、後日郵送させていただきます。

医療機関名 _____ 診療科 _____ 電話番号 _____

〒

住所 _____ 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。

福岡山王病院 医療連携室

【フリーダイヤル】 TEL 0120-832-876 FAX 0120-832-878

【直 通】 TEL 092-832-1107 FAX 092-832-1206

電話予約後、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。

P E T - C T 検査依頼書 (兼診療情報提供書)

年 月 日

患者氏名 (フリガナ)	生年月日 □ M □ T □ S □ H 年 月 日 (歳)	性別 □ 男 □ 女	連絡先 (自宅・携帯等) () -
検査予約日 年 月 日 () :	移動方法 □ 独歩 □ 車椅子 □ ストレッチャー		現在 □ 外来 □ 入院 中です。

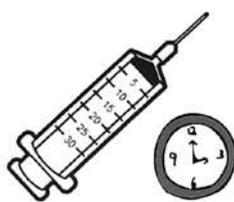
ご来院いただく患者さまへ

当日は、検査開始予定 (予約時刻) の**30分前**にご来院の上、**1F 総合受付**までお越しください。受付に、**保険証**と、**紹介状 (検査依頼書)**をお渡しください。検査には**3時間程度**かかります。

ご 注 意



予約時間の**5時間前**から**絶食**してください。水やお茶などの**糖分を含まない飲料水**は飲んでいただいてもかまいません。



検査に使用する薬剤は、使用期間が非常に短くなっています。薬剤注文上、**検査前日及び当日のキャンセル・変更はできません。**



検査終了後当日は、**乳幼児や妊婦の方**との接触をできるだけお控えください。

※患者さまお一人で、寝台への昇降が困難な場合や、視力・聴力に障害をお持ちの場合には、ご家族の同伴をお願いする場合があります。

※ご不明な点等ございましたら、当院までお問い合わせください。(医療連携室 092-832-1107)

交通アクセス



西鉄バス

バス停	行き先番号
博多駅A	302 305 307
博多交通センター1F (6番のりば)	312 306
天神バスセンター (1A)	302 305 W1 W2
西新パレス	25 15 10 94 54-1
藤崎	305 306 40 200 1 1-5 2 W1

(令和2年8月現在)



ももち浜
福岡山王病院
FUKUOKA SANNO HOSPITAL
医療連携室
TEL 092-832-1107(直)
FAX 092-832-1206(直)
〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号