

PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

福岡山王病院 医療連携室行き

FAX0120-832-878

年 月 日

| | | | | | |
|------------|--|---|--|--|--|
| フリガナ | | 生年月日（和暦） | 年齢 | 性別 | TEL(自宅・携帯等) |
| 患者様 氏名 | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 検査予約日時（和暦） | | | 移動方法 | | 妊娠の可能性 |
| 年 月 日 曜 : | | | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

| | |
|------------------------------|---|
| 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 |
| 既往歴および手術歴 | |
| 臨床経過 検査目的 および 検査結果等 | 腫瘍マーカー： CEA: SCC: CA19-9: CA125: 可溶性IL-2レセプター: その他: |

| | | | |
|--------|--|--|---|
| 身長 | 体重 | 空腹時血糖値 | ペースメーカー |
| cm | kg | mg/dl | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 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"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放置 | | |
| 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 |
| その他留意点 | | | |

| | | | |
|--------|---|-----|--|
| 貴医療機関名 | | 診療科 | |
| ご依頼医 | 〒 | TEL | |
| ご住所 | 〒 | | |

ご紹介くださりありがとうございます

- お電話で予約後、医療連携室あてにFAXをお送りください
- 本書を患者様にお渡しいただき、受診当日に受付へご提出いただくようお願いください
- 検査結果は、後日、郵送させていただきます

福岡山王病院 医療連携室 フリーダイヤル TEL.0120-832-876

PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

| | | | | | |
|------------|---|---|--|--|--|
| フリガナ | | 生年月日（和暦） | 年齢 | 性別 | TEL(自宅・携帯等) |
| 患者様 氏名 | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 検査予約日時（和暦） | | | 移動方法 | | 妊娠の可能性 |
| 年 月 日 曜 | : | | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

PET-CT検査にあたっての注意事項

検査を安全に実施するため、注意事項をご確認のうえご来院ください

■ 来院時間・受付について

検査当日は、1階で受付を済まされた後、予約時間の30分前までに地下1階 放射線受付へお越しください。検査時間はおよそ2時間半です。

■ 飲食について

検査時刻の5時間前より絶食とし、糖分を含む飲み物も中止してください。（水、お茶は可）糖分を含んだ輸液も中止してください。

■ インスリン注射について

主治医の判断でお願いします。

■ 予約の変更・キャンセルについて

薬剤手配の都合上、日祝日を除く2日前の14時以降は、キャンセルや変更ができません。検査予約時間にご来院されない場合は、検査が受けられませんので、ご了承ください。
※患者様のご都合によるキャンセルにつきましては5万円のキャンセル料が発生します

■ 検査当日のお願い

頭部の金属類・髪飾りは外した状態でご来院ください。
取り外しが可能な義歯は、検査前に外していただきます。
被ばくのため、小さなお子様や乳幼児を連れての来院はご遠慮ください。

■ 妊娠・授乳について

妊娠中の方、妊娠の可能性がある方、授乳中の方は検査を受けることができません。

■ 同伴について

寝台の昇降が難しい方や、視力・聴力・認知機能に障害をお持ちの方には、安全確保のため、ご家族の方の同伴をお願いする場合があります。

■ 検査後の注意

検査終了当日は、乳幼児や妊娠されている方との接触は、できるだけお控えください。

■ お問い合わせ

不明な点がございましたら、福岡山王病院 医療連携室までご連絡ください。

連絡先・お問い合わせ先
医療法人社団高邦会 福岡山王病院 医療連携室
フリーダイヤル 0120-832-876
直通 092-832-1107