

診療情報提供書（PET検査依頼用）

FAX送信用

紹介元医療機関

所在地

名称

科

電話番号

医師氏名

ふりがな

患者氏名 _____ 様 男・女
 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
 連絡先 電話番号 - - 自宅・勤務先
 携帯電話
 住 所 〒

疾患名 てんかん
 虚血性心疾患
 悪性腫瘍（ただし早期胃癌を除く）（病名：_____）

検査目的 良悪鑑別 病期診断 再発診断 原発不明検索
 その他（_____）

検査結果 CT MRI RI US
 検査の異常 無・有（_____）

※検査当日画像レポートを（可能ならばCD・フィルムなども）ご持参ください。

腫瘍マーカー（_____）

検査実施日

症状経過・主な検査所見等 前回のPET検査から3か月を経過していない場合には、保険診療では症例詳記が求められますので、PET検査の必要性がわかるような記載をお願いします。

既往歴及び家族歴

患者情報 ● 体重 _____ kg ● 手術歴 無・有（_____）
 ● 放射線治療 無・有 ● 化学療法 無・有（_____）
 ● 移動 独歩・車椅子・寝台 ● 妊娠 無・有（_____か月）
 ● 糖尿病 無・有 ● 授乳 無・有
 ● アレルギー 無・有（_____） ● 感染症 無・有（_____）
 ● 閉所恐怖症 無・有