

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 〒 _____

検査目的 保険診療 (病期診断 再発診断 原発不明検索)
 自由診療 (良悪鑑別 疑い病名での精査)
 包括診療

疾患名 てんかん 大動脈炎
 虚血性心疾患 心サルコイドーシス
 悪性腫瘍 (ただし早期胃癌を除く) (確定病名: _____)

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