

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

男 ・ 女

生年月日

明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令

年

月

日

歳

連絡先

電話番号

—

—

携帯電話

—

—

住所

〒

検査目的

☐ 保険診療

☐ 病期診断

☐ 再発転移診断

☐ 原発不明検索

☐ 悪性リンパ腫の治療効果判定

☐ 自由診療

☐ 癌治療後の経過観察

☐ 癌の治療効果判定

☐ 良悪鑑別

☐ 疑い病名での精査

☐ 包括診療

疾患名

☐ 悪性腫瘍

(ただし早期胃癌を除く) (確定病名 :

)

☐ てんかん

☐ 大動脈炎

☐ 虚血性心疾患

☐ 心サルコイドーシス

検査結果

☐ C T

(検査実施日

)

☐ M R I

(検査実施日

)

☐ R I

(検査実施日

)

☐ U S

(検査実施日

)

☐ その他 (

)

(検査実施日

)

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

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

● 閉所恐怖症

無 ・ 有

● 感染症

無 ・ 有 (

)

● アレルギー

無 ・ 有 (

)



KadMedic
医療法人社団 金沢先進医学センター

FAX : 076-260-8828