

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

☐ 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