

P E T - C T 診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
姫路医療センター

放 射 線 科 宛

紹介医療機関の所在地・名称

〒670-8520 兵庫県姫路市本町68番地
〔地域医療連携室〕

TEL（直通）：079-288-1355

FAX（直通）：079-225-3317

医師名

㊞

患 者	フリガナ			生 年 月 日
	氏名	様 男・女	大・昭・平・令	年 月 日 歳
	住所	〒	連絡先 TEL	()
※検査前に当センターより患者様へ、確認のご連絡をいたします。				
検査日希望	最短検査日 ・ (曜日)を希望 ・ (曜日)を除く			
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス ※設備上、介助を必要とする方やストレッチャーでの来院の方はお受けできません。			

診療確認事項（必ずご記入ください）

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月 日)			
撮 像 範 囲	(撮影範囲は頭部～大腿基部まで) 撮像範囲にご希望のある場合のみご記入ください。			
診 療 種 別 及 び 目 的	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) → <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <small>保険診療の要件…「他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合」</small>			
臨 床 診 断				
画像診断検査 ※要持参	<input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 <small>※ガリウムシンチ検査とPET/CT検査の同一月内の施行不可</small>			
腫瘍マーカー				
生 検	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 (年 月 日)			
臨床経過・検査目的 等				
手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____年_____月 術式 _____				

検査前確認事項（必ずご記入ください）

告知の有無	有・無	閉所恐怖症	有・無	妊娠可能性	有・無	身長	cm
糖 尿 病	有 (空腹時血糖値 _____ mg/dl)		無		体重	Kg	
G-CSF製剤	有 (最終使用日 月 日)		無		※使用後、検査まで1週間以上空けて下さい。(骨転移等の診断が困難になる場合がある為。)		
ハ-メ-カ- / ICD	無・有 (メーカー: _____)						
その他留意点 必要な処置等							

※記入上の注意点

他の検査、画像診断が実施されていることを確認してください。 生検が実施されていることを確認してください(実施されていない場合は、臨床経過記入欄にその理由をご記入ください)。

記入内容についてこちらからお問い合わせをすることがございます。恐れ入りますが、ご協力をお願いします。