

## PET/CT検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日	年 月 日	歳	
住所 〒	ご担当医 (印)		
TEL	-	FAX	

悪性腫瘍病名（早期胃癌をのぞく）を下記より選択ください

- 脳腫瘍  頭頸部がん  肺がん  乳がん  膵がん  大腸がん  子宮がん  卵巣がん  
 原発不明がん  転移性肝がん  悪性リンパ腫  血管炎(高安動脈炎等)  
 心サルコイドーシス (絶食時間が他の疾患と異なります。18時間の絶食が必要)  
 その他悪性腫瘍 (病名: )

既往歴  
経過等

## 検査希望日

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望 月 日 ( )	第2希望 月 日 ( )
-------------------------------	--------------	--------------

## 検査結果報告 \*必要なものすべてにチェックをお願いいたします

媒体 ▶	<input type="checkbox"/> CD-R (またはDVD) <input type="checkbox"/> カラープリント
報告方法 ▶	<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し 検査後1-2時間程度お待ちいただきます。 (当日手渡しは13時の予約まで可)
<input type="checkbox"/> 所見FAX	※原則、所見は翌日17時(土日祝日除く)までに完成します。

## 臨床判断

- 病理組織的に悪性腫瘍と確認されている  
 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される  
 その他 ( )

検査目的 ▶  病期診断  転移診断  再発診断  その他 (自由診療)施行した画像診断 ▶  CT  MRI ※検査データをご持参ください。(他医療機関の検査でも可)悪性腫瘍名(早期胃癌をのぞく)で、CT・MRIなど画像診断が施行されている場合に保険診療になります。  
できるだけ検査データをご持参ください(他医療機関の検査でも可)

## 確認項目

- |  |   |
|--|---|
| ・ 留置物 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                | ・ 糖尿病 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |
| ・ ADL ▶ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援要 <input type="checkbox"/> 全介助      | ・ 付添い ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |
| ・ 移動手段 ▶ <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー | ・ 患者状況 ▶ <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来 |