

PET-CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

医療法人 医誠会
 医誠会病院 PET-CTセンター
 担当先生御侍史

病院 名
 住 所
 診 療 科
 医 師 名

検査予約日時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
--------	----	---	---	---	-------	---	---

フリガナ				男	明・大・昭・平	年	月	日
患者氏名				女	連絡先電話番号	-	-	
臨床診断								
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索							
既往歴 家族歴								
検査結果	画像診断	<input type="checkbox"/>	CT	年	月	実施		
		<input type="checkbox"/>	MRI	年	月	実施		
		<input type="checkbox"/>	その他()	年	月	実施		
	腫瘍マーカー	結果	[]					
	病理診断	結果	[]					
臨床経過								
備考	歩行	: 可・不可	}	歩行不可または介助要の方は、尿道バルーン留置が必要です				
	介助	: 要・不要						
	認知症	: なし・あり						
	閉所恐怖症	: なし・あり						
	持続点滴	: なし・あり		検査4時間前から、糖を含む点滴を中止してください				
	糖尿病	: なし・あり		(無治療・治療〔内服・インスリン・食事療法〕)				
	血糖値	: [] mg/dl		(空腹時)				
	感染症	: なし・あり		(HBV(+）・HCV(+）・その他[])				
妊娠	: なし・あり		妊娠の可能性のある方も検査を受けることができません					
告知	: 済・未		(備考:)					
検査結果	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (<input type="checkbox"/> DICOM <input type="checkbox"/> JPEG)							

1. 検査予約日時の変更・取り消しは、検査前日の正午までにご連絡下さい。
2. この検査依頼書に記載されている個人情報、PET-CT検査目的以外に利用いたしません。

医療法人医誠会 医誠会病院 PET-CTセンター 〒533-0022 大阪市東淀川区菅原6-2-25

【 受付時間 月～金 8:30 - 17:00 】 TEL 06-6326-1121 FAX 06-6326-0963