PET/CT検査依頼書《診療情報提供書》

医療法人昭陽会　和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター　担当医　殿

平成　　年　　月　　日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

科・医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

来院予定日時	平成　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分			
ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生
患者様お名前	様			
患者様ご住所	〒　　－		電話番号	（自宅）（　　）　　－ （携帯）

※ 早期胃癌を除く、全ての悪性腫瘍の病期診断および転移・再発の診断が保険適用となります。

※ 下記の事項について、依頼医師がご記入ください。

臨床診断（悪性腫瘍病名）	

施行した画像診断	☐ CT　☐ MRI　☐ US　☐ 単純X-P　☐ 内視鏡		
臨床経過	・手術歴 （　　年　　月）　病　名：（　　） （　　年　　月）　病　名：（　　）		
依頼検査内容（必要なものに✓）	☐ **PET／CT** ☐ **PET／CT＋造影CT**　**（血清クレアチニン：＿＿＿＿＿mg/dl）** ※ 上記以外にMRI検査を追加ご記入の場合は、別途MRI検査依頼書にご記入お願いいたします。		
画像媒体（必要なものに✓）	☐ CD-R　☐ ペーパー ☐ フィルム（PET画像のみ）　☐ フィルム（PET･CT画像共）	結果報告	☐ 通常（約１週間） ☐ 至急（　　）日着

確認事項	歩　行：☐ 可　☐ 不可（車椅子・ストレッチャー） 糖尿病：☐ 無　☐ 有　☐ 不明 感染症：　HBV（＋・－・未）　HCV（＋・－・未）　その他（　　） 妊　娠：☐ 無　☐ 有