

# 診療情報提供書（PET検査依頼書）

公仁会 姫路中央病院 放射線科 担当医 宛

20 年 月 日

医療機関名：

診療科：

医師名：

電話番号：

FAX番号：

来院日時	年	月	日	曜日
------	---	---	---	----

ふりがな		性別	体重		
患者様氏名		男・女	kg		
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	( 歳 )
住所	〒	TEL :	( )		

臨床診断名	(がん疑いでは保険適応外となります。ご注意ください)				
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"/> その他(自費)	
施行検査	<input type="checkbox"/> PET検査のみ	<input type="checkbox"/> PET及び単純CT検査			
	<input type="checkbox"/> PET及び造影CT検査	(eGFR値: mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	※測定値は検査前3ヶ月以内		
告知の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
30分静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(内服薬)	空腹時血糖	mg/dl	
			HbA1C	%	
次回診	月	日	※読影結果の発送が概ね10日後になります。検査結果をお急ぎの場合にはお問い合わせ下さい。		

臨床経過・その他検査に関わる留意点(病名、手術、病理診断、患者様の状態等)

- ・造影CTを行う患者様が糖尿病薬を飲まれている場合、**検査前後2日間の休薬**をお願いします。
- ・診療情報提供書の確認後、来院日時を記載したPET検査予約票をFAXにてお送りします。こちらで予約完了となります。

公仁会 姫路中央病院 放射線科

TEL : 079-235-7375

FAX : 079-235-7377