

診療情報提供書 (PET検査用) 用紙

紹介先 ちばなクリニック 沖縄がん診断センター担当医 殿

平成 年 月 日

患者さまについて	
フリガナ	男
氏名	女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳
住所	〒
連絡先	() -

貴医療機関について	
医療機関の所在地および名称	
電話番号	() -
FAX番号	() -
貴科名	
ご担当医師	

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください。)

撮像範囲	撮影範囲は頭部～大腿基部までとなります。	
疾患名	てんかんの診断、又は早期胃癌を除く癌・悪性腫瘍は全て適応となります。(注意:疑い病名は含まれません。)	
病理診断検査	実施している ()	実施していない
画像検査診断要フィルム持参	検査画像は読影時に必要です。患者様に持たせて下さい。 CT (最終検査日:平成 年 月 日) MR (最終検査日:平成 年 月 日) US (最終検査日:平成 年 月 日) ガリウムシンチ (最終検査日:平成 年 月 日) (注) 同月内にガリウムシンチが実施されている場合、PET検査は保険適応外となります。	
腫瘍マーカー	実施している ()	実施していない
臨床経過・現在の処方等		
手術歴	有 (年 月 日 術式)	無
	有 (年 月 日 術式)	無

用紙 の検査確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません

診療情報提供書 (PET検査用) 用紙

患者さまについて		
フリガナ		男
氏名		女

平成 年 月 日

PET検査は、原則として日常生活動作(ADL)の良好な方を対象といたします。
小児患者様は、PET検査をお受け出来ない場合があります。
また、患者様の状態によっては、ご家族の方の付き添いをお願いすることがあります。

紹介先 ちばなクリニック 沖縄がん診断センター担当医 殿

検査前確認事項

身長	cm	体重	kg
現状況	外来 入院中	退院予定 (平成 年 月 日)	
来院方法	独歩 車椅子	ストレッチャー	
排尿方法(オムツ)	有 無	フォーリー	
20分静止	可能 不可 ()		
閉所恐怖症	有 無		
糖尿病	有 (内服 ・ インスリン 空腹時血糖 mg/dl)	無	
妊娠可能性	有 無		
告知の有無	有 無		
合併症等	心疾患 人工透析 腹膜透析	その他 ()	
感染症等	HBV (+ - 未) HCV (+ - 未)	その他 ()	
ペースメーカーの有無 (有の際は必ず手帳持参)	有 (メーカー名: 機種名:) 無		

用紙 の保険診療確認事項もご記入をお願いいたします。

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません