

FDG-PET検査依頼書

依頼日 令和 年 月 日

患者情報

ふりがな	性別	生年月日
氏名: 様	(男・女)	T・S・H 年 月 日 (歳)

- PET-CT検査ご依頼の際は、診療申込書(様式1)と一緒に、こちらのFDG-PET検査依頼書(様式5)に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室 (平日8時30分～17時15分)

FAX 019(654)5052 (直通)

電話 019(622)9996 (直通)

同月に施行した画像診断	CT(月 日)・MRI(月 日)・Gaシンチ(月 日)・その他()					
検査に必要な 確認事項	告知	有・無	アレルギー等	有()・無	糖尿病	有(空腹時 mg/dl)・無
	静止	可・不可	感染症	有()・無	付き添い	有(家族・医療従事者)・無
			酸素	有(L)・無	移動	歩行・車椅子・ストレッチャー
身長・体重	_____ cm _____ Kg		高カロリー輸液	有()・無		
閉所恐怖症	有・無		ペースメーカー	有()・無		
妊娠中/授乳中	有()・無		その他の留意事項			

診療に関する確認事項 保険適応があることをご確認の上、該当する事項をもれなくご記入ください。

保険適応となる 臨床診断名 (早期胃癌を除く)	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心疾患(心サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他の癌()					
	<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他()					
	病理診断 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織 <input type="checkbox"/> 不明					

手術歴 無 有 時期 _____ 疾患・術式 _____
 時期 _____

処方

【紹介元医療機関】

名 称
医師名