

# PET-CT検査依頼書(診療情報提供書)

彩の国東大宮メディカルセンター 宛

・貴医療機関	・担当医師(フルネーム/フリガナ)	・診療科
・電話番号	・FAX	

## ●検査予約日時

年 月 日 ( ) 時 分

・患者氏名(フリガナ)	・性別 男 女	・生年月日 T・S・H 年 月 日
・患者連絡先住所	・患者連絡先電話番号	

・悪性腫瘍診断名	(検査目的) <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索	
・病理診断		
・腫瘍マーカー		
・手術歴	・放射線治療歴	・化学療法歴
・他検査(CT、MRI、RI、内視鏡等)の施行時期、所見など		
・臨床経過	( ・告知 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 )	

・身長、体重 cm kg	・糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・空腹時血糖値 (高血糖の場合、所見偽陰性の可能性あり。) mg/dl
・自立歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 担送	・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・妊娠可能性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・感染症 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		・30分仰臥位静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
・アレルギー <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		・排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
・月経 月経周期 日 閉経 歳		最終月経 ~ 日

彩の国東大宮メディカルセンター

住所:埼玉県さいたま市北区土呂町1522  
TEL:0120-847-783 FAX:048-665-6115