

PET-CT検査 検査申込書 兼 診療情報提供書

〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1
 社会医療法人 熊谷総合病院
 放射線科 担当医 殿

(ご依頼元)
 住 所
 医 療 機 関 名
 電 話 番 号
 F A X 番 号
 診 療 科
 医 師 氏 名

検査第1希望日	年	月	日
検査第2希望日	年	月	日

下記の患者様を紹介します。

フリガナ		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
患者氏名					
患者住所	〒		※日中ご連絡のとれる番号をご記載ください		
			連絡先		

検査依頼	<input type="checkbox"/> PET-CTのみ	撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭頂部～大腿基部まで <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> PET-CTとMRI同日	MRI撮像範囲 () 造影 (有 無)
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移/再発検索 <input type="checkbox"/> その他() ※スクリーニング・良悪鑑別は保険適用外です	
臨床診断	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌(部位:) <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌(早期除く) <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢・胆管癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸・体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 骨軟部腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心疾患(虚血性心疾患・サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> 血管炎等	
臨床経過 ・ 手術歴 病理結果 抗がん剤治療歴 放射線治療歴 など	<input type="checkbox"/> 別紙 紹介状添付でも可	
施行済検査 (3ヶ月以内)	※ 直近の画像等を必ずご持参ください。	

確認事項	【身長】	cm	【体重】	kg
	【糖尿病】	<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
	【附属物】	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(酸素・輸液・ペースメーカー・)
	【30分の安静】	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	【妊娠可能性】	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	【入外区分】	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中	(点滴 無 有)
	【次回受診予定日】	月	日	

検査に必要な 処置・留意点	
------------------	--