

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	明・大・昭・平	性別	男・女
患者氏名			年 月 日		
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 ()	
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 抗がん剤治療歴 放射線治療歴 など		
施行済検査 (3ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他() ※画像を持参ください。	
腫瘍マーカー値 (3ヶ月以内)		
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 施行していない <input type="checkbox"/> 施行している(結果:)	

確認事項	【身長】	cm※わかれば	【体重】	kg	
	【糖尿病】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(インシュリン ・ 内服薬)		
	【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			
	【付属物】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(酸素 ・ 輸液 ・ その他)		
	【30分の安静】	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【ペースメーカー】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	【閉所恐怖症】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【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	【告知】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

検査に必要な 処置・留意点	
------------------	--

TEL(地域医療連携室直通) 048-525-6779 または 代表電話 048-521-0065
 FAX 048-525-6769 熊谷総合病院 地域医療連携室宛