

診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書)

検査予約日時	年	月	日	(午前・午後)	時	分
--------	---	---	---	---------	---	---

医療機関名		電話番号	()
住所	〒	担当医師	
		診療科	

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
患者氏名		性別	男・女	電話番号	()	自宅携帯	
				電話番号 ()		()	
患者住所	〒	身長・体重	cm		kg		
		ID-Link対応	可	・	不可	・	不明
		※ID-Linkについてわからない場合は不明に○をつけて下さい					

臨床診断	肺癌	乳癌	大腸癌	悪性リンパ腫	頭頸部癌()
	膵癌	食道癌	進行胃癌	皮膚癌	転移性肝癌
	子宮癌	卵巣癌	悪性黒色腫	原発不明癌	その他()
画像検査	CT (/)	MRI	US	RI	その他()
	※CTに関しては施行日もご記入ください				
検査目的	病期診断	再発診断	転移検索	その他()	
	具体的にご記入ください				

臨床経過・既往歴等

手術歴	無 ・ 有 (年 月)	内容()
放射線治療	無 ・ 有 (年 月)	内容()
化学療法	無 ・ 有 (年 月)	内容()
病理診断		
腫瘍マーカー		

糖尿病	無 ・ 有 有の場合、6時間の絶食とインスリンや投薬の中止をしても検査が可能か 可 ・ 不可
体内金属	無 ・ 有 ()
感染症	無 ・ 有 ()
病名の告知	無 ・ 有
※ストレッチャーや車椅子は検査できません	

その他注意事項