

# 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	大・昭・平・令	年	月	日		
患者氏名		性別	男・女	電話番号	( )			
				自宅携帯	( )			
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(部位: )
	膵癌 食道癌 進行胃癌 皮膚癌 転移性肝癌 前立腺がん 子宮癌 卵巣癌 悪性黒色腫 原発不明癌 その他( )
	てんかん 大型血管炎
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( ) ※スクリーニング・良悪性鑑別等は保険適用外です。
	具体的に記入ください。 ※スクリーニング・治療効果測定(悪性リンパ腫を除く)良悪性鑑別等は保険適用外です。

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	
---------	--