

PET/CT 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	<input type="checkbox"/> 保険適用 <input type="checkbox"/> 自費		
	氏名	男・女				被保険者証		
	生年月日	M・T・S・H	年	月		日	才	保険者番号 記号・番号 資格取得日 世帯主 保険者名
医療機関情報	医療機関名					老人(高齢)受給者番証		
	診療科					公費負担番号		
	医師名					受給者番号		
	TEL () - FAX () -					有効期間		
予約日	第1希望	月	日	身長		公費負担医療受給		
	第2希望	月	日	体重		公費負担番号		
				9時30分・12時30分・14時30分		cm		
				9時30分・12時30分・14時30分	kg			

病名	PET/CT 検査受診歴		
	無	有	平成 年 月 日 当院 他院()
検査目的 病期診断 再発診断 転移検索			
患者病識 (告知の有無等)	画像診断検査 CT MRI RI US その他() 当日フィルム持参		

臨床経過など 画像所見、手術歴ご記入願います。 (臨床経過、血液データについては、貴院書式を添付いただいても結構です)	腫瘍マーカー・その他 (血液データ、当日持参願います)		
	検査日	/	/
	CEA		
	CA19-9		
	CA125		
	AFP		
	SCC		
	血糖値		

検査前確認事項 (該当する箇所○印をして下さい)		現在の処方
現在の状態	外来 入院中	
糖尿病	無 有	
糖尿病治療の有無	無 有 (内服・注射)	
移動方法	歩行 車椅子 ストレッチャー <small>患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります</small>	
感染症	無 有 ()	
他に検査時に必要な処置・留意点など		