

PET/CT検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

紹介先医療機関 相澤病院

ポジトロン断層撮影センター担当医 殿

病院/医院

科 医師

印

検査予定 (予約日時)	年 月 日	時 分
ふりがな	生年月日	
患者様氏名	男・女	大・昭 平・令 年 月 日
患者様住所	電話番号 (昼間連絡がとれる所/携帯可)	
¹⁸ F D Gを用いたポジトロン断層撮影の保険適用については、てんかん若しくは虚血性心疾患の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌をのぞく。）の病期診断又は転移・再発の診断を目的とし、悪性腫瘍については他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用するとされております。		

施行した画像診断： XR・CT・MRI・シチ・US・その他（ ） 異常（有・無） 腫瘍マーカー： CEA・CA19-9（ ） 異常（有・無）
<臨床病名> <div style="text-align: right;">（転移診断・再発診断）</div>
<臨床経過>
検査に必要な確認事項 告知 有・無・精査中（ ） 感染症 有・無（ ） 糖尿病 有・無 腎機能障害 有・無 妊娠 有・無 30分程度の静止 可・不可 歩行 可・不可（車椅子・ストレッチャー） 閉所恐怖症 有・無 ペースメーカー 有・無 その他、検査に関わる留意点等