

# PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

検査予約日時：平成 年 月 日（午前・午後） 時 分

患者様	フリガナ	性別 男・女
	氏名	
	生年月日 T・S・H 年 月 日（才）	
	住所 〒 -	
	TEL ( ) 携帯 ( )	

貴医療機関	医療機関名
	診療科
	担当医師 (フルネーム)
	住所 〒 -
	TEL ( ) 携帯 ( )

PET検査受診歴（有 無）有の場合：平成 年 月 日 当院 他院（ ）

検査使用薬剤	[ <sup>18</sup> F]FDG その他（ ）		
臨床診断 (疑い病名は保険適用外)	悪性腫瘍(早期胃がんを除く)	検査目的	病期診断 転移・再発診断
病理診断検査	施行している（ ）		施行していない
画像診断検査	CT MR US RI その他（ ）		
持参CD-R・フィルム	有・無	患者病識（告知の有無等）	
持参CD-R等の返却について	所見に同封 当日返却		

<sup>18</sup> F-FDG PET検査（撮像範囲は頭頂部～大腿部までとなります） 検査目的・臨床経過など （手術歴等がありましたらご記入願います） （臨床経過、血液データについては貴院書式を別紙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		
	CRP		
	血糖		

検査前確認事項(該当する箇所に○印をしてください)  
 [現在状況] 外来 入院中 [糖尿病] 有・無 [酸素] 要・不要 [移動方法] 歩行 車イス ストレッチャー  
 [閉所恐怖症] 有・無 [妊娠可能性] 有・無 [感染症] 有( )・無 [ペースメーカー] 有・無  
 他に検査時に必要な処遇・留意点など( )

現在の処方： 糖尿病薬（ ） 内服・注射（ ）

FAX番号

082-233-7700

広島平和クリニック

がんドック先端医療健診センター  
 高精度がん放射線治療センター

本書は個人情報の為、番号を再確認ください  
 特にゼロ発信の場合は  
 0-082-233-7700にて送信ください

〒730-0856 広島市中区河原町1-31(平和大通り沿い・中国新聞本社前)  
 TEL:082-532-2211 URL http://www.h-heiwa.or.jp/