

PET-CT検査・MRI検査・CT検査依頼書 (診療情報提供書) 【控】

FAX送信後 貴院御控用

検査予約日時：令和 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
	住所 〒 -
	TEL () FAX ()

検査使用薬剤	¹⁸ F-FDG その他 ()		
臨床診断 <small>(疑い病名は保険適用外)</small>	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		
持参CD-R	有 ・ 無	患者病識 (告知の有無等)	
持参CD-R等の返却について	返却不要 ・ 病院返却 ・ 本人返却		

¹⁸ 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	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		
	クレアチニン		
	eGFR		
	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

[喘息] 有 ・ 無 [体内金属] 有 () ・ 無

他に検査時に必要な処置・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

〒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>

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