

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
---------	---	---	-----------	---	---

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

※【PET/CT検査保険適応要件について】 ○ご不明な場合は、地域医療連携室までご連絡ください。
 ・病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている方。
 ・病理診断により確定診断が得られない場合、臨床病歴、身体所見、その他の画像診断所見、腫瘍マ-カ-、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性を持ち悪性腫瘍と診断された方。

ふりがな		性別 男 ・ 女	住所 〒 -
患者様名			
生年月日	M・T S・H 年 月 日 (歳)		
身長・体重	cm kg	TEL: () 携帯: ()	

臨床診断	肺癌 大腸癌 悪性黒色腫 悪性リンパ腫 頭頸部癌 () 乳癌 脳腫瘍 膵癌 転移性肝癌 原発不明癌 てんかん 虚血性心疾患 食道癌 子宮癌 卵巣癌 その他 ()
------	--

検査目的	病期診断 再発診断 転移検索 他 ()
------	----------------------

画像検査	CT MR US RI 他 ()
------	-------------------

病理検査	※施行した病理と結果
------	------------

腫瘍マ-カー	
--------	--

臨床経過等	
-------	--

・手術歴 ・化学療法 ・放射線治療	無 ・ 有 年 月 術式 無 ・ 有 年 月 無 ・ 有 年 月
-------------------------	--

糖尿病	無 ・ 有 ※糖尿病薬剤について：検査当日の服用（投与）は避けて下さい。
-----	--------------------------------------

自力歩行	可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	30分静止 可 ・ 不可
------	-------------------	--------------

妊娠	無 ・ 有	HBsAg - ・ +	HCVAb - ・ +
----	-------	-------------	-------------

人工肛門	無 ・ 有	気管切開 無 ・ 有	現在状況 外来 ・ 入院中
------	-------	------------	---------------

告知	済 ・ 未	腎不全 無 ・ 有	輸液 点滴 ・ IVH
----	-------	-----------	-------------

喘息	無 ・ 有	Cre 年 月	BUN 年 月	
----	-------	---------	---------	--

薬剤アレルギー 無 ・ 有 () ペースメーカー等 ()	処置 酸素 その他 ()
-----------------------------------	------------------

その他、検査に関する留意点等

お問合せ先：地域医療連携室
 FAX 0296-78-3589
 TEL 0296-77-1121 (内線 2703)

茨城県立中央病院
 地域がんセンター