

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)	
<p>※【PETCT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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、腫瘍マーカー、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				
腫瘍マーカー					
臨床経過等					
・手術歴 ・化学療法 ・放射線治療	無 ・ 有	年 月	術式		
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。			
	内服薬 無 ・ 有	内服薬剤名：			
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 日	BUN:	年 月 日
薬剤アレルギー	無 ・ 有 ()		eGFR:	年 月 日	
処置 (有の場合) : <input type="checkbox"/> 酸素使用中 (L) <input type="checkbox"/> その他					
その他、検査に関する留意点等					

茨城県立中央病院・地域医療がんセンター

お問い合わせ先：地域医療連携室

FAX 0296-78-3589 (直通)

TEL 0296-77-1121 (内線 2703)