

# 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"> <li>・病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている方。</li> <li>・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。</li> </ul>					
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 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。 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）：□ 酸素使用中 ( L ) □ 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）