

FDG-PET 検査ご依頼票 (診療情報提供書)

検査予約日時：令和 年 月 日 () 時 分 来院

患者様	フリガナ		性別	貴医療機関名		
	氏名		男・女			
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)				診療科名： 科	
	身長	cm	体重		Kg	担当医師(フルネーム)
	住所 〒 -				住所	
TEL () (本人・家族)			TEL	TEL FAX		
日中に連絡が取れる電話番号をお願いします			FAX			

病名： 患者病識(告知の有・無)

※病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されたものとしします。

検査目的	病期診断	再発診断	その他 ()
病理診断検査	施行している (結果：) 施行していない		

臨床経過等(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添付いただいても結構です。)	腫瘍マーカー・その他			
	検査日	/	/	/
	CEA			
	CA19-9			
	sIL2-R			
	CRP			
	血糖			

検査前確認事項

[現在状況] 外来・入院中 (部屋番号：)

[糖尿病] 有・無 [酸素] 要・不要 [感染症] 有・無 ()

[ペースメーカー・ICD等の埋め込み型デバイス] 有・無 (有の場合は手帳をご持参ください。)

[移動方法] 独歩・車イス・ストレッチャー (状態によっては、医療従事者同伴をお願いする場合がございます。)

[閉所恐怖症] 有・無 (閉所恐怖症の方に検査時の鎮静対応は行っておりませんのでご了承下さい)

[妊娠可能性] 有・無

・次回受診日 月 日 (所見の FAX 対応： 要・不要)

現在の処方： 糖尿病薬 ()

FAX 086-276-5680 (放射線課専用番号)

公益財団法人操風会岡山旭東病院 放射線課

TEL 086-276-5670 (直通) 086-276-3231 (代表)

2025.07 改訂