

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		診療科名：
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)		科	担当医師(フルネーム)
	身長 cm	体重 Kg		住所
	住所 〒 -			TEL FAX
	TEL ()			
	携帯 ()			

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て。

前回受診歴 (有 無) 平成 年 月 日 当 他院 ()

検査目的	病期診断 再発診断 転移検索 その他
病理診断検査	施行している (結果：) 施行していない
画像診断検査	CT MR US RI 他 ()
持参画像検査	有 (CD-R・フィルム)・無 返却 要・不要 腫瘍マーカー・その他 返却要の場合は所見と共にお返し致します。お急ぎの場合はご連絡ください。

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。)

検査日	/	/	/
CEA			
CA19-9			
CA125			
AFP			
SCC			
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
 [ペースメーカー] 有・無 (有の場合はペースメーカー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 (患者様の状態によっては、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 [妊娠可能性] 有・無 [感染症] 有・無 ()
 ・次回受診日 月 日
 ・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 ()

結果画像については CD-R のみの添付とさせていただきます。ご了承下さい。

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)