

# PET 検査ご依頼票 (診療情報提供書)

検査予約日時： 年 月 日 ( ) 時 分 来院

患者様	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 才)		
	身長	体重	
	cm	Kg	
住所 〒 -			
TEL ( )			
携帯 ( )			

貴医療機関	医療機関名
	診療科名： 科
	担当医師(フルネーム)
	住所
TEL	
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て。

前回受診歴 ( 有 無 ) 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 <span style="float: right;">腫瘍マーカー・その他</span>
<small>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。</small>	

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 (鎮静剤 必要・不要) 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)**

2020.07 改訂