

診療情報提供書
(保険診療 PET-CT 検査依頼書)

諏訪赤十字病院 放射線診断科 担当医師宛
FAX **0 2 6 6 - 5 7 - 6 3 2 9**
申込日 年 月 日

ご依頼医療機関	
医療機関名	
診療科	
担当医師名	
FAX	— —

患者様情報			
フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 (大・昭・平) 年 月 日 (歳)
住所	〒 — ※ 電話番号 — —		
検査希望日	年 月 日 ()		
確定病名			
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断		
症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など) 【画像・検査の所見及び転移・再発を疑う部位を記載して下さい】			
腫瘍マーカー(検査日: 年 月 日 項目: 値:)			
実施済の画像検査日 <input type="checkbox"/> CT(年 月 日) 異常(有・無) <input type="checkbox"/> MRI(年 月 日) 異常(有・無) <input type="checkbox"/> RI(年 月 日) 異常(有・無) <input type="checkbox"/> US(年 月 日) 異常(有・無) <input type="checkbox"/> XP(年 月 日) 異常(有・無) <input type="checkbox"/> その他() (年 月 日) 異常(有・無)			
同一个月内に施行済の画像検査日 <input type="checkbox"/> CT(年 月 日) <input type="checkbox"/> ガリウムシンチグラフィ(年 月 日)			
感染症 <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()			体重 Kg
6時間以上の絶食で低血糖発作を起こす可能性はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
検査日1週間以内の胃・腸のバリウム検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
水分制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		酸素吸入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
意思の疎通ができ、PET担当スタッフの指示に従う事ができますか <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能			
検査終了まで約3時間1人で個室にいること・撮影中の20分間静止が可能ですか <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能			
移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		その他の身体障害()	
妊娠中・妊娠の可能性または授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

※・検査前日(休診日を除く)の11:00~13:00の間に検査室から検査についての確認の電話をさせていただきます。確実に連絡が取れる番号をお願い致します。11:00~13:00の時間帯の都合が悪い方は8:30~17:00までの時間指定をお願いします。
 ・予約お申込みの際に、診療情報提供書(保険診療 PET-CT 検査依頼書)を諏訪赤十字病院医療連携課へ FAXにて送信願います。