

# 診療情報提供書(PET 検査依頼書)

年 月 日

医療法人光陽会 魚住クリニック 担当医殿

病院・医院

科 外来 入院中

医師

予約日時	年 月 日 ( 曜日) 時 分			
ふりがな		体 重	生 年 月 日	性 別
患者氏名		kg	大・昭 平・令 年 月 日	男・女
患者住所	〒		電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)	
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(保険診療:早期胃癌を除く悪性腫瘍)			
	臨床診断名: <input type="checkbox"/> その他(自費):			
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他(自費: )			
施行済検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他( ) ※画像ならびに画像レポートのご提供をお願いします			
〈臨床経過など〉	手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

(注)生活保護の場合は事前に福祉事務所への連絡が必要です

## 検査に必要な確認事項

※検査依頼元で患者様への説明をお願いします。

放射線被曝のリスクとベネフィットを考慮した検査の必要性を説明した

告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	体内デバイス	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー・その他( )
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	感染症の種類
気管切開	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖 mg/dl
30分静止	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

その他留意点

医療法人光陽会 魚住クリニック

〒862-0941 熊本市中央区出水 7-36-25 TEL 096-370-7111 FAX096-370-7117