

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	☐ 悪性腫瘍 (保険診療：早期胃癌を除く悪性腫瘍) 臨床診断名：			
	☐ その他 (自費)			
検査目的	☐ 病気診断 ☐ 転移・再発診断 ☐ その他 (自費：)			
施工済検査	☐ C T ☐ M R I ☐ U S ☐ 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 ☐ 無 ☐ 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	☐ 無 ・ ☐ 有	体内デバイス	☐ 無 ・ ☐ 有 ペースメーカー・その他 ()
妊娠	☐ 無 ・ ☐ 有	腎機能	☐ 正常・ ☐ 異常
閉所恐怖症	☐ 無 ・ ☐ 有	感染症	☐ 無 ・ ☐ 有 感染症の種類
気管切開	☐ 無 ・ ☐ 有	糖尿病	☐ 無 ・ ☐ 有 空腹時血糖 mg/dl
30 分静止	☐ 可能・ ☐ 不可	移動方法	☐ 独歩・ ☐ 車いす・ ☐ ストレッチャー
その他留意点			