

## PET 検査依頼書(診療情報提供書)

患 者 様	フリガナ	性別
	氏名	男・女
	様	
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)	
	住所 〒 -	
	TEL ( )	
	携帯 ( )	

貴 医 療 機 関	医療機関名
	診療科
	担当医師 (フルネーム)
	住所 〒 -
	TEL ( )
	FAX ( )

\*検査予約日時 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

臨床診断	肺癌・乳癌・大腸癌・頭頸部癌 ( ) ・脳腫瘍・膵癌・悪性リンパ腫・ 転移性肝癌・原発不明癌・悪性黒色腫・食道癌・子宮癌・卵巣癌・ その他 ( )
施行した画像診断 および施行年月	CT (部位 ) MRI (部位 ) 超音波 (部位 ) その他 ( ) 検査施行日 年 月 日 注: フィルムおよび読影レポートのご持参をお願いいたします
腫瘍マーカーなど	

・検査目的

・臨床経過など 手術歴/放射線治療歴、病理診断等について、特に最近(1年以内)のものは内容・月日を詳しくご記入ください。

検査に必要な確認事項	糖尿病	有・無	閉所恐怖症	有・無	歩行	可・不可 (車椅子・ストレッチャー)
	妊娠	有・無	病名告知	全告知・一部告知・未告知		

その他、検査に関わる留意点等