

診療情報提供書（兼 PET 検査依頼書）

公立大学法人福島県立医科大学附属病院 御中

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号：（ ）

医師名：

（ ）科

フリガナ 患者氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日	性別 男・女	職業
住所			
電話番号（ ）	※緊急連絡先（ ）		
外来・入院（病棟名_____病棟	患者管理部署の電話番号（ ）		

※PET検査は保険適用疾患の場合にのみ実施いたします。ご依頼の前に適用範囲をご確認下さい。

検査内容	1 PET/CT	検査部位	1 全身（鼠径部まで）	2 局所（ ）
	2 PET/MRI		3 その他（ ）	

I 傷病名（診断名） 悪性腫瘍（ ） ・ 虚血性心疾患 てんかん ・ その他（ ）	III 紹介（検査）の目的 病期診断 ・ 再発診断 ・ 原発巣検索 その他（ ）
II 病理診断	IV これまで実施した画像診断（同一月・それ以前：○印） CT（同一月・それ以前） ・ MRI（同一月・それ以前） Ga シンチ（同一月・それ以前） ・ その他（ ）（同一月・それ以前）

V 既往歴、家族歴、症状の経過、治療経過、現在の処方、腫瘍マーカー等の検査結果情報など

身長 . cm 体重 kg ※貴院の書式を添付いただいても結構です

VI 検査に必要な確認事項

糖尿病 無 ・ 有 空腹時血糖 mg/dl 使用薬剤名（ ）	フォーレ 無 ・ 有 オムツ 無 ・ 有 膀胱瘻 無 ・ 有 傷、浸出 無 ・ 有 (部位：) 酸素吸入 無 ・ 有 水分制限 無 ・ 有 G-CSF 使用 無 ・ 有 経皮吸収パッチ剤 無 ・ 有	埋込金属 無 ・ 有 脳動脈クリップ 無 ・ 有 ペースメーカー 無 ・ 有 CVポート 無 ・ 有 (MRI 対応 ・ 非対応) 30分静止 可 ・ 不可 閉所恐怖症 無 ・ 有 告知 済 ・ 未 来院方法 歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
--------------------------------------	--	--

※医大使用欄

年 月 日 医師名 _____ (適 ・ 否) ID: _____

理由： _____