

高松赤十字病院 宛

年 月 日

FAX番号:0120-92-8182(香川県内のみ)

FAX番号:087-863-4060

PET/CT検査 依頼書 兼 診療情報提供書(主治医記載)

医療機関住所 医療機関名称			
担当医師(フルネーム) 診療科	科	電話番号()	—
		FAX番号()	—

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日 (旧姓)	T・S・H・R	年 月 日
			年齢	歳

フリガナ 患者住所 〒	電話番号()	—
	※必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください	

検査希望日 ① 年 月 日()	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
② 年 月 日()	

【病名】

【検査目的】

<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(転移含む) (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎 病名: _____ 臨床経過、既往症、腫瘍マーカー値など	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※通常の撮像範囲は頭部～体幹部です。下肢末端まで必要な場合はご連絡ください。

※健康保険の適用要件については、別紙参照の上、ご検討をよろしく願います。

※DPC対象病院に入院中の場合は保険適用がありません。

・提供される画像情報 CD/DVD等の画像メディア 無 有 その他()
 有りの場合の検査種別 PET CT MRI RI US XP その他()
 同月のガリウムSPECT検査 無 有 ()

【患者情報】

PET検査歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 頃)	<input type="checkbox"/> 高松赤十字病院 <input type="checkbox"/> 他院	
身長 (cm)	体重 (kg)	妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠中
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30分間の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖値 (mg/dl)	測定 (年 月 頃)
患者の状況 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他		
付属物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他()		
移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行(介助不要) <input type="checkbox"/> 車椅子(介助不要) <input type="checkbox"/> 要介助	一人で更衣 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
ペースメーカー・除細動器の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳を持参下さい) (型番:)		

お問い合わせ先:高松赤十字病院

(検査内容に関する) 核医学(RI)検査室:087-831-7101(内線2000)

(予約に関する) 地域医療室:087-831-8131(直通)