

【PET/CT 検査診療情報提供書】

年 月 日

ふりがな			
患者氏名	生年月日	年	月 日
依頼医氏名	医師 (病院)	(科)
連絡先 (- - -)	院内 PHS ()

PET 検査種別	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-体幹部	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-頭部	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-心臓	検診・保険・自費
持参画像	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> Angio
病名:	病変部シェーマ			
手術歴 (時期・術式・病理診断)				
検査理由 (詳細に)				
病理診断所見:				年 月 日
腫瘍マーカー所見:				年 月 日
来院方法 :	独歩	介助歩行	車椅子	ストレッチャー
酸素 :	不要	要		
付属品 :	無し	ドレーン	ストーマ	膀胱瘻 リザーバー その他 ()
仰臥位で 30 分間撮影が可能:	可能	不可能		
痙攣発作の可能性:	無し	有り		
透析 :	無し	有り (血液透析・腹膜透析)	週	回
空腹時血糖 _____ mg/dl	糖尿病:	無し	有り (注射・内服薬:)
バリウム検査施行	月 日	胃透視	小腸透視	注腸
内服薬:				