

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808
 PET-CT検査依頼書/診療情報提供書

予約日時	年	月	日 ()	午前	・	午後	時	分
------	---	---	-------	----	---	----	---	---

フリガナ	ID							
氏名	男・女	生年月日	M・T S・H	年	月	日		
患者様連絡先	携帯電話 ()	—	TEL ()	—				
紹介医療機関名 (住所は記載不要)	電話番号		所見等FAX番号					
診療科・担当医			科	先生				

悪性腫瘍 診断名 (疑い病名は保険適用外)								
病理診断 (保険診療の場合は必ず ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 未 臨床症状・画像診断等により高い蓋然性を持って診断 <input type="checkbox"/> 有 組織型：							
受診者 病識	<input type="checkbox"/> 全告知 <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 他：							
施行した検査	<input type="checkbox"/> CT (/) <input type="checkbox"/> MRI (/) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (/) <input type="checkbox"/> 他：							
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発・転移診断 <input type="checkbox"/> 他(保険適用外)：							
検査目的・現病歴・検査結果など								
同日頭部MRI検査	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 造影MRI：血清クレアチニン値 mg/dl (/) *3ヶ月内							

受診者 情報	所属	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中：		身長・体重	cm		kg
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		酸素	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要		ℓ
	感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> 他：					

次回外来受診日	月	日	時ごろ				
検査結果 配達希望日	月	日	時までに	<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望			

※依頼用紙をご記入後、施行日の前日15時までに上記FAX番号へご送信下さい