



PET/CT検査依頼書 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名

川崎市宮前区菅生2-16-1 聖マリアンナ医科大学病院 _____年 月 日

予約日時	年	月	日	時	分
フリガナ 患者氏名	性別 様 男・女		紹介元医療機関名：		
生年月日 大・昭 平・令	年	月	日	所在地：	
住所 〒	TEL：			FAX：	
TEL：	診療科：			医師氏名：	
携帯：					

確認事項	身長 cm	体重 kg	糖尿病 有・無	リブレ等使用 有・無
------	-------	-------	---------	------------

臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 悪性脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 心筋サルコイドーシス <input type="checkbox"/> その他 ()			
------	---	--	--	--

検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自費			
------	--	--	--	--

*画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 ()			
-------	---	--	--	--

*腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 実施している () <input type="checkbox"/> 実施していない			
---------	--	--	--	--

*病理診断	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
-------	---	--	--	--

臨床経過 できるだけ詳細 にご記入下さい	* 上記項目を実施している場合は項目欄にチェックの上、結果の記載をお願いします。			
----------------------------	--	--	--	--

治療歴	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年	月	術式 ()
	放射線治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年	月	化学療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月

告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内デバイス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
-------	---	--------	---

妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	20分の安静保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可
----	---	----------	---

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子・ストレッチャー
-----	---	----	---

腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> オムツ
-------	---	----	---

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	★歩行や排尿に介助を必要とする方は原則検査をお受けできません	
-------	---	--------------------------------	--

□以下について、患者様へ説明し、理解を得ました。

*この検査には放射線被ばくが伴います。(PET:約3mSv, CT:5~7mSv 体型により異なります)

*この検査で受ける放射線被ばくの不利益より、結果から得られる利益が優るため、今回の検査を行います。

FAX: 044-975-0608 TEL: 044-977-8111(代) 内線: 6380・6381