年　　月　　日

(財) 竹田綜合病院放射線科　御中

紹介元　　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　　ＴＥＬ

ＰＥＴ検 査 ・ 診 断 依 頼 書（診療情報提供書）

フ　リ　ガ　ナ		生年月日	年　月　日	才
氏　　名		Ｍ ・ Ｆ	身長　cm	体重　kg
住　　所	連絡先：(　　)　－			

下記目的のどちらかを選択してください。

□　悪性腫瘍の病期診断又は転移・再発の診断／大型血管炎の診断

臨床診断名 （早期胃癌を除く）	

※　悪性腫瘍疑いは適応外となりますが、臨床上、悪性腫瘍と診断されていれば適用となります。

□　病理検査による確定診断は得られていないが、臨床上、下記の悪性腫瘍を強く疑い、その病期診断が確定できない

臨床診断名	頭頸部癌 ・ 肺癌 ・ 乳癌 大腸癌 ・ 膵癌 ・ 転移性肝癌

チェックリスト （該当項目のみチェック）
□　糖尿病
□　感染症
□　閉所恐怖症
□　移動介助必要
□　授乳中
□　オムツ使用中
□　同一月でのＧａシンチ
□　上記該当項目なし

病　理　検　査	組織：	結果：	実施日：
腫瘍マーカー	種類：	結果：	実施日：
検査前画像検査	□ＣＴ　□ＭＲＩ　□Ｘ-Ｐ　□ＵＳ　□他（　　）		実施日：
	提供方法	□　患者持参　□　別途送付	
	返却方法	□　返却不要　□　結果同封　□　患者持帰	

※　上記検査を３ヶ月以内に行っている事が必須になります。

※　保険適用に関しましては、依頼時にご相談下さい。

※　脳・心臓を対象とした検査は、当院診療科にて事前診察を行いますので、直接の依頼を受け付けておりません。

検 査 予 約 日：　　月　　日 AM ・ PM　　時　　分

臨床経過・詳細目的

検査結果の報告方法

（診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア）

□　フィルム必要

□　結果の配送希望

（結果が出来次第、地域医療連携課より発送になります）

□　結果の受け取り希望

（検査翌週以降に救急室に取りにおいで下さい）

Dr. sign

※ 現在入院中　□ 外来通院

□ 一般病棟

□ 療養型病棟