

平成 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:
腫 瘍 マ ー カ ー	種類:	結果:
検査前画像検査	☐ CT ☐ MRI ☐ X-P ☐ US ☐ その他 ()	
	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

※ 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