

PET-CT検査依頼書（兼診療情報提供書）

年 月 日

患者氏名（フリガナ）	生年月日 □T □S □H □R 年 月 日（ 歳）	性別 □男 □女	連絡先（自宅・携帯等） () -
検査予約日 年 月 日（ ） :	身長 cm	体重 kg	現在の状況 □外来 □入院

保険診療確認事項（保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください）

診断名	
検査目的	□病期診断 □転移・再発診断 □その他
既往歴及び手術歴	□なし □あり（)
臨床経過 検査目的詳細	
実施済画像診断	□CT □MRI □US □RI □未実施（複数選択可）※可能な限りご提供いただきたく存じます
腫瘍マーカー	□未測定 □測定済（)

その他の確認事項（患者情報等）

糖尿病	□無 □有（□インスリン治療 □内服 □未治療）
空腹時血糖値	□不明 □測定済（ mg/l ）
ペースメーカー	□無 □有
感染症	□無 □有（)
移動方法	□独歩 □車椅子 □ストレッチャー
移動時介助	□介助不要 □要介助
静止時間20分	□可能 □不可能
妊娠の可能性	□無 □有 □不明
病状についての告知	□有 □無
その他留意点	□特記事項なし □あり（)

注：☎電話予約後、地域医療連携室へFAXしてください。本紙は、当日受付にご提出ください。

検査結果は後日郵送させていただきます。

医療機関名 診療科 電話番号

〒

住所 依頼医サイン 印

ご紹介いただきまして誠にありがとうございます

福岡中央病院 地域医療連携室

TEL 092-741-3310 FAX 092-741-3305