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	性別	連絡先（自宅・携帯等）
	□T □S □H □R 年　月　日（　歳）	□男 □女	（　　）　　－

検査予約日	身　長	体　重	現在の状況
年　月　日（　）　：	cm	kg	□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）

※：アミロイドPET検査を受けられる方は、*印項目の記載は必要ありません。

診断名	
検査目的	□ 病期診断　□ 転移・再発診断　□ アルツハイマー型認知症　□ 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	※ サマリーの添付でも構いません
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
G-CSF製剤の使用 *	□ 無　□ 有
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。

PETで使用する放射性医薬品は保存ができないので、患者様都合による締め切り後のキャンセルの場合は放射線医薬品の費用をご負担いただく場合があります。キャンセルの連絡は**検査予定日の2診療日前（土日祝日を除く）16時まで**にお願いします。

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