

# FDG-PET/CT検査申込書(診療情報提供書兼用)

医療法人社団 浅ノ川 浅ノ川総合病院

PET-CT受付直通Tel、FAX兼 076-252-1438

フリガナ		患者様住所 〒	
患者氏名		様 (M・F)	
生年月日	年 月 日生	連絡先(自宅)	— —
現在の所在	外来通院 / 入院中(病棟 )	連絡先( )	— —
PET検査日時	平成 年 月 日	曜日	時 分
参考資料の提出方法 : 患者持参 / 郵送			
PET画像の受け取り媒体: フィルム・CD (DICOM)		結果受け取り期限 : 3日以内・4~5日以内・1週間以内	
診療区分	保険診療 / 自費診療 / 包括医療	既済検査: CT / MRI / RI (最新CT・MRI検査施行日: 年 月 日)	
疾患名			
臨床経過			
病理診断			
手術歴	無 / 有 年 月 術式	病理診断	
留意事項	糖尿病: 無 / 有 (空腹時血糖値 mg/dl)	仰臥位での30分静止: 可能・不安あり	
	インスリンの使用:	体内埋込み:	
	ステロイドの使用:	来院方法:	
	感染症の有無:	独歩 / 車椅子 / ストレッチャー	
検査中における緊急時の連絡先:			

ご紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

所属科

印