

診療情報提供書（全身 FDG・PET/CT 検査）

令和 年 月 日

浜松医療センターPET検査室（TEL 053-585-0366）

フリガナ		検査日	令和 年 月 日
患者氏名			時 分
生年月日	年 月 日	医療機関名	
年齢	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師名	
職業		診療科	
住所			
電話番号	— —	特記事項	
身長	cm	体重	kg
臨床診断名	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 脾がん <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 効果判定 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
病歴・ 臨床所見			
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ ）		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
人工関節	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
ガリウム検査	<input type="checkbox"/> 有（ 年） <input type="checkbox"/> 無		
その他確認事項	閉所恐怖症： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 20分間の臥床： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 糖尿病： <input type="checkbox"/> 有（空腹時血糖： mg/dl） <input type="checkbox"/> 無（有の場合は150mg/dl以下が望ましい）		
日常生活	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 移動介助要		

注意：画像参照用CD-R又はフィルムを持参してください（2～3か月以内のCT,MRI等） 有 無

※検査予約申込書・診療情報提供書は、FAX：053-585-0367で送信をお願いいたします。

浜松医療センターPET検査室

TEL 053-585-0366 FAX 053-585-0367