PET 検査　診療情報提供書

□ 保険診療（□社会保険　□国民保険）　□ 自費診療　□ 生活保護関連

0患者様について			
フリガナ			
氏　名		男・女	
生年月日	T・S・H　年　月　日　歳		
住　所	〒		
TEL			
携　帯			
身　長	cm	体重	kg

貴医療機関について	
所在地	
医療機関名	
TEL	
FAX	
診療科名	
担当医師（フルネーム）	

診療確認事項（必ずご記入下さい）　※特に＊の項目は記入漏れのないようにお願い致します

＊臨床診断			
＊前回 PET 検査（可能であれば画像持参）	□無　□ 有（最終検査日：　年　月　日）		
撮像範囲	（撮像範囲は頭部～大腿基部まで）撮像範囲にご希望のある場合のみご記入下さい。		
診療種別および目的	□ 悪性腫瘍	□ 病期診断　□ 転移・再発診断	□ 健診（自費）
	□ てんかん焦点検索		
	□ 心筋バイアビリティ		
＊画像診断検査（要 画像持参）	□ CT　□ MR　□ US　□ ガリウムシンチ　（最終検査日：　年　月　日）		
	□ CT　□ MR　□ US　□ ガリウムシンチ　（最終検査日：　年　月　日）		
	※ガリウムシンチと PET/CT 検査の同一月内の施行不可		
＊病理診断	□ 有　□無		
腫瘍マーカー			
＊臨床経過・検査目的等			
手術歴	□ 無　□有	年　月　術式	
		年　月　術式	

検査前確認事項（必ずご記入下さい）　※介助を要する患者様は、介助者に同意を得る必要があります。

現在状況	外来・入院	告知	有・無	閉所恐怖症	有・無	妊娠可能性	有・無
移動方法	歩行・車いす（介助 要・否）　ストレッチャー			腎機能	正常・低下（Cr　mg/dl）		
20 分静止	可能・不可（　）			糖尿病	有（空腹時血糖　mg/dl）		
ペースメーカー	無・有				無		
留意点 必要な処置等							

〒820-8505 福岡県飯塚市芳雄町 3 番 83 号　飯塚病院 画像診療科 PET・核医学センター
TEL 0948-88-4582（直通）※8:30～16:30（受付可））　FAX 0948-22-3877

作成：2013. 1
改訂：2021. 11