PET-CT検査依頼書　（患者紹介書）

依頼日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地方独立行政法人　加古川市民病院機構 | 紹介元医療機関 |  |
| 加古川中央市民病院 |  | 名称 |  |
|  |  | 所在地 |  |
| 放射線診断科　担当医 |  | 医師名 | 　　　　　　科 |  |
|  |  |  | TEL |  |
|  |  |  | FAX |  |
|  |
| フリガナ |  | 男女 | （西暦）　　　　年　　月　　　日（　　　歳） | 加古川中央市民病院　または加古川西市民病院　　の受診歴あり・なし |
| 氏名 | 旧姓（　　　　　　）必ず記載お願いします。 |
| 住所 | 〒　　　-　　　 | 電話番号　（日中に連絡がとれる番号） |
| 連絡先1 |  |
| 連絡先2 |  |
| 上記の電話番号へ事前確認の連絡をとらせていただきます |
| 該当箇所に✓や○を記入してください |
| 検査希望日 | 第1希望　（　　　月　　日　） | ※結果は郵送で、約1週間後の到着となります |
| 第2希望　（　　　月　　日　） |
| 臨床診断 | □悪性腫瘍　（早期胃癌を除く）　　　　　　　□てんかん　　　　　　□心サルコイドーシス |
| （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検査目的 |  |
| 体位・方向 | □　頭頂～大腿部　　　　　　　　　□　頭頂～足底部 |
| 施行した画像診断 | □CT　　□MRI　　□RI　　□超音波　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 腫瘍マーカー値など |  |
| 臨床経過など　（既往歴・治療歴に関しては、日時を含めてできるだけ詳しくご記入ください） |
| **\*経過等ご説明頂く文章について、100文字を超える場合は、別途貴院の情報提供書にてご記入ください。**改訂：2023年4月 |
| 検査に必要な確認事項（必ずご記入ください） | 身長　　　　　cm　　体重　　　　　kg　　　 | □外来通院中　　　　□入院中 |
| 移動に介助が必要 | なし・あり | 糖尿病 | なし・あり（BS:　　　　）・不明 |
| （付添い歩行　・　車いす　・　ベッド） | オムツ | なし・あり |
| 妊娠の有無 | なし・あり | 尿バッグ | なし・あり |
| 仰臥位で２０分静止 | 可・不可 |  |  |
| 閉所恐怖症 | なし・あり |  |  |
| ペースメーカ・ICD | なし・あり | 告知 | なし・あり |

加古川中央市民病院　予約専用ダイヤル　FAX：079-451-8653　TEL：079-451-8651