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