

診療情報提供書 (PET-CT検査依頼書)

(1枚目)
メディチェック画像診断センター宛


ご来院日時： 年 月 日 (午前・午後) 時 分

貴医療機関 TEL: ()	診療科	ご担当医
--------------------------	-----	------

心りがな 患者様名	性別 男・女	住所 〒 - TEL: () 携帯: ()
生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (才)		
身長 cm 体重 kg		

臨床診断	肺癌 大腸癌 悪性黒色腫 悪性リンパ腫 頭頸部癌 () 乳癌 脳腫瘍 膵癌 転移性肝癌 原発不明癌 食道癌 子宮癌 卵巣癌
検査目的	原発巣検索 病期診断 再発診断 転移巣検索 他 ()
実施済検査	画像検査 CT MRI US RI 他 () ※要画像持参
	病理検査
	腫瘍マーカー
撮影希望範囲	※特にご希望のない場合は頭頂部～大腿基部を撮影致します。
臨床経過	

手術歴	無・有 年 月 術式: 無・有 年 月 術式:
糖尿病:	有・無 移動方法: 歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
現在状況:	外来・入院中 閉所恐怖症: 有・無 60分静止: 可・否
妊娠:	有・無 感染症: 有・無 腎機能: 正常・異常
他に検査時に必要な処置・留意点など:	
現在の処方:	


 医療法人財団 岩井医療財団 岩井整形外科内科病院
 メディチェック画像診断センター
 TEL・FAX: 03-3658-2113

