

# PET-CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

箕面市立病院

紹介元医療機関名

地域医療室 行

(FAX番号 072-728-8475)

医師名

電話 ( )

ふりがな 患者氏名	大・昭・平 年 月 日生	
	連絡先TEL	( )
性別	男・女	箕面市立病院 受診歴
	有・無	カルテ番号
予約日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分	
[変更日]	平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分	
1 病 名	※ 病名を選んでください。(下記の病名以外は検査ができません) ※ 病期診断以外は疑い病名でお願いします  肺がん・乳がん・大腸がん・頭頸部がん・脳腫瘍・膵がん・悪性リンパ種 転移性肝がん・原発不明がん・悪性黒色腫・食道がん・子宮がん・卵巣がん <b>(確定・疑い)</b>	
2 検査部位	全身(眼窩下縁~大腿上部) ・ 頭部 ・ 下肢 ・ その他( )	
3 症状・経過・手術歴	手術歴： なし ・ あり(術式 ) 時期： 年 月	
	糖尿病： なし ・ あり【無治療・治療(内服・インスリン・食事療法)】	
	心臓 <sup>h</sup> -スモーカー： なし ・ あり(埋込部位より足側の撮像になります)	
4 検査結果 (★:必ず記入、☆:肺がん疑、乳がん疑、膵がん、原発不明がんの場合は必ず記入してください)		
画像検査	★検査名	★診断名 (疑)
	検査名	診断名 (疑)
病理検査	☆検査名	☆結果
腫瘍マーカー、他の検査	★検査名	★結果
5 検査結果の送付	※ 必要な項目にチェックしてください 画像はCD-Rかフィルムのいずれかにチェックしてください <input type="checkbox"/> 所見と画像 ( <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム ) <input type="checkbox"/> 所見のみ <input type="checkbox"/> 画像のみ ( <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム )	