

診療情報提供書(PET 検査依頼書)

年 月 日

医療法人天瑠会 あかり PET 画像診断クリニック 担当医殿
病院・医院 科 外来 入院中

医師

予約日時	年 月 日 (曜日) 時 分 受付				
ふりがな		体重	生年月日	性別	
患者氏名		kg	大・昭 平・令	年 月 日	男・女
患者住所	〒		電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)		
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (保険診療:早期胃癌を除く悪性腫瘍) ※疑い病名では保険適応になりません <input type="checkbox"/> 臨床診断名:				
	<input type="checkbox"/> その他 (自費)				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 (自費:)				
施行済検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 () ※画像ならびに画像レポートのご提供をお願いします				
(臨床経過)	<input type="checkbox"/> 手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		

検査に必要な確認事項

※検査依頼元で患者様への説明をお願いします。

放射線被爆のリスクとベネフィットを考慮した検査の必要性を説明した

告知の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
気管切開	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
30分静止	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可
体内デバイス	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ペースメーカー・その他 () ※除細動器付 (ICD、CRT-D) の場合、当院での検査はできません。
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 空腹時血糖 mg/dl
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー

その他留意点