

PET-CT 検査予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

令和 年 月 日

《紹介医療機関の所在地》

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-32-3070 [直通]

名称・住所

医師名

TEL

FAX

患者情報	フリガナ 氏名					旧姓
		様				
	呉医療センター診察券番号					-
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	性別	男・女		
	郵便番号	〒 -				
	現住所					
電話	自宅：		携帯電話：			

傷病名	注)疑い病名では検査できません				
紹介目的	注) 当院の PET-CT 検査は保険診療のみです。以下の条件以外は受付できません <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) ⇒他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 ⇒ <input type="checkbox"/> 上記 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> 肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、転移性肝癌 ⇒他の検査、画像診断でその存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない場合 <input type="checkbox"/> 膵臓癌 ⇒他の検査、画像診断で膵臓癌を疑うが、腫瘤形成性膵炎との鑑別が困難な場合				
病歴 臨床経過 治療経過 など	(できるだけ詳しく書いて下さい)				
患者情報	身長・体重	身長：	cm	体重：	kg
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖値： mg/dl) <input type="checkbox"/> 無 血糖降下剤やインスリンを検査当日に投与するのは避けてください。 検査当日の血糖値が 200mg/dl 以上の時は検査を中止する場合があります			
	ペースメーカー・ICD の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (メーカー： 型番：) ペースメーカー・ICD の埋め込み術を行った施設 <input type="checkbox"/> 呉医療センター <input type="checkbox"/> 他院			
	ADL	<input type="checkbox"/> 自立(介助を必要としない) ※排泄・歩行・着替えが、1人ですることが出来ない場合は、介助ができる方の付き添いが必要となります。			
現在の処方					
備考					

① 月 日

希望日 ② 月 日

③ 月 日

決定日時 月 日 時 分