

PET/CT 検査予約申し込み書 兼 診療情報提供書 平成 年 月 日	
予約日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分
フリガナ 患者氏名 生年月日	患者様連絡先電話番号 () 明・大・昭・平 年 月 日 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご紹介診療 機関名	ご紹介医師名 () 科 印
病名	<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 (↓病名をお書きください) <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 ()
PET保険適応 (悪性腫瘍)	早期胃癌以外の悪性腫瘍 (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患者に使用する。)
検査目的 及び既往歴	
検査前必須 患者情報 (該当する事項が ある場合のみ、 チェックしてく ださい)	輸液 ;有り(糖分が入っている輸液は禁止) 仰臥位での20~30分間静止;困難 透析 ;有り(曜日) インスリン使用の糖尿病 ;(単位) 感染症 ;STS HBV HCV HIV MRSA その他() 告知 ;行っていない
	1. 本票を当センターが受け取りましたら、折り返し「検査予約確認書」をFaxいたします。貴施設にてご保存ください。 2. 本票は担当の先生ご自身による署名・捺印の上、紹介状として患者様にお渡しください。 3. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様への説明をお願いいたします。

(FAX 054-248-7755) 静岡PETイメージングセンター (静岡県立総合病院 内)