

FDG PET依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

ご紹介先

【公立八鹿病院】 <h2 style="margin: 0;">放射線科 担当医</h2>
--

ご紹介元

【施設名： _____】 <h2 style="margin: 0;">科 先生</h2> TEL : _____ FAX : _____
--

患者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
住所 〒		連絡先 TEL : _____ 携帯 : _____	
保険病名 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（病名： _____） ※疑い、早期胃がんは保険適用外 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 心筋バイアビリティ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 大型血管炎			
検査目的 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定			
過去のPET画像、参考画像あればCDRの添付をお願いします			
追加部位		※通常の撮像範囲は頭頂～大腿上部	

体 重	kg ※必須
-----	--------

検査前確認事項

ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※手帳のコピーを依頼書と共にFAXしてください
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
G-CSF製剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(使用日： _____ 月 _____ 日)

希望日時 ※日時が決定している場合は、第一希望へご記入ください

第一希望	月	日	曜日	時	分
第二希望	月	日	曜日	時	分

〒667-8555 兵庫県養父市八鹿町八鹿1878番地1 公立八鹿病院
 TEL 079-662-5555 (代表) FAX 079-662-3143 (直通)