診療情報提供書（PET-CT 用検査依頼書）

徳島赤十字病院　放射線科部　担当医師宛

◇予約申込み FAX:　0120-308-739

◇予約変更およびキャンセル：0885-32-2555（内線 5220）

申込日　　年　　月　　日

医療機関名	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

最直近日を希望	□する　□しない

↑撮影可能な最寄の日をこちらで決定させてもらいます。

第 1 希望日	年　月　日
第 2 希望日	年　月　日
第 3 希望日	年　月　日

◆ご紹介いただく患者様の情報

ふりがな		性別	生年月日・年齢	身長・体重
お名前		□ 男 □ 女	年　月　日　歳	cm kg

ご住所	〒　－	自宅番号	
		携帯番号	（本人） （家族）

確定病名	
	*「〇〇癌疑い」は、保険適応外になります。原則保険適応外の検査は行っておりません。
検査目的	□病期診断　□再発診断　□転移診断　□悪性リンパ腫の治療効果判定
	□その他　（　　）
病理診断	□ 有　（結果：　　）　□ 無
画像診断	□CT　□MRI　□US　□RI　（ガリウムシンチ直近撮影：　年　月　日）
	*画像診断がすでに施行されている患者様が保険適応です。同一月内にガリウムシンチが施行されている場合、保険適応となりません。
	持参画像　□CD-R　□フィルム　返却　□ 要　□ 不要
	＊必ず画像データをお持ち下さい。返却要の場合は所見とともにお返しいたします。お急ぎの場合はご連絡下さい。

臨床経過等（臨床経過、血液データについては貴院書式を添付頂いても結構です。）

腫瘍マーカー・その他		
検査日	／	／
CEA		
CA19-9		
CA125		
CA15-3		
AFP		
CRP		
血糖		

手術歴	□ 有　年　月　術式（　　） □ 有　年　月　術式（　　）	□ 無
化学療法	□ 有　年　月終了　治療内容（　　）	□ 無
放射線治療	□ 有　年　月終了　照射部位（　　Gy）	□ 無
糖尿病	□ 有（□インシュリン　□内服）　□ 無　状況　□入院中　□外来	
患者情報	・患者移動　□独歩　□車いす　□ストレッチャー　（※ご家族又は医療従事者同伴をお願いする場合があります。） ・心臓ペースメーカー・ICD　□有　□無　・閉所恐怖症　□有　□無 ・妊娠（女性の方）　□有　□無　・授乳（女性の方）　□有　□無	