

PET-CT検査申込書（診療情報提供書）

（FAX及び患者さん用）

申込日

年

月

日

紹介元医療機関名

京都府立医科大学附属北部医療センター

電話番号

FAX番号

地域医療連携室 宛

診療科

紹介医お名前

印

*☐にチェックを入れてください。

☐できる限り早めで ☐いつでも可能

☐検査日を希望される場合

第1希望

第2希望

ふりがな

性別

☐ 男

☐ 女

当院受診歴

☐ 有 (ID)

☐ 無

生年月日

年

月

日

()

歳

患者住所

(〒)

身長

cm

体重

kg

電話番号

ご自宅

携帯電話

保険診療確認事項 （保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください。）

PET検査歴

☐ 有 ☐ 無

年

月

日

医療機関名()

撮 像 範 囲

撮像範囲は頭頂部～足先までとなります。

*特に撮像範囲にご希望のある場合はその理由を必ずご記入ください。

確 定 診 断

☐ 肺癌

☐ 乳癌

☐ 脳腫瘍

☐ 食道癌

☐ 頭頸部癌 ()

☐ 転移性肝癌

☐ 膵癌

☐ 子宮癌

☐ 卵巣癌

☐ 大腸癌

☐ 悪性リンパ腫

☐ 原発不明癌

☐ 悪性黒色腫

☐ その他 ()

検 査 目 的

☐ 病期診断

☐ 再発診断

☐ 転移検索

☐ その他 ()

病理診断検査

☐ 実施している () ☐ 実施していない

腫瘍マーカー

臨床経過・検査目的等

別紙(診療情報提供書)にて詳しくお願いします。

※画像データ(あれば必須) ☐ 有 ☐ 無

治療歴

手術歴

年

月

術式・治療内容

☐ 診療情報提供書参照

年

月

放射線治療

年

月

化学療法

検査前確認事項（必ずご記入ください）

現在の状況

☐ 外来

☐ 入院

糖尿病

☐ 無

☐ 有(

mg/dl)

移動方法

☐ 歩行

☐ 車椅子

☐ トレッチャー

腎機能

☐ 正常

☐ 異常()

60分ベッド上安静

☐ 可能

☐ 不可

妊娠可能性

☐ 無

☐ 有

検査台への移動

☐ 介助不要

☐ 要介助

排尿

☐ 介助不要

☐ 要介助

☐ 心臓ペースメーカー

☐ ICD

☐ ドレーン

☐ ポート

☐ ストーマ

☐ 他 ()

京都府立医科大学附属北部医療センター 地域医療連携室

〒629-2261 京都府与謝郡与謝野町字男山481 Tel：0772-46-6665（直通） Fax：0772-46-5121