診療情報提供書(PET-CT検査予約用紹介状)
【FAX:079-299-5519】

年　　月　　日

〒670-8540　兵庫県姫路市下手野1-12-1
姫路赤十字病院

放射線科　　担当医　　御侍史

姫路赤十字病院受診歴(有 ・ 無)受診時のID番号

ID番号

(ご依頼元)
住　　所
医療機関名
電話番号
FAX番号
診療科　　科
医師氏名

下記の患者様を紹介します。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	性別	男 ・ 女
患者氏名			年　　月　　日		
患者住所	〒				
検査希望日時 ＊検査終了時間は来院されてから約3時間です。	①　　月　　日　　午前･午後　　何時でも可	連絡先			
	②　　月　　日　　午前･午後　　何時でも可	検査薬FDGの量は体重で決まります。 必ず記載してください。			
	＊都合の悪い日等	体重　　kg			

検査依頼	撮影部位　☐ 頭頂部～大腿基部まで　☐ その他 (　　)
検査目的	☐病期診断　☐転移/再発検索　☐悪性ﾘﾝﾊﾟ腫治療効果判定　☐その他(　　) ※ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ･良悪鑑別は保険適用外です
臨床診断	
病理診断検査	☐施行していない　☐施行している (結果:　　)
臨床経過 ・ 手術歴 抗がん剤治療歴 放射線治療歴 など	

腫瘍マーカ･その他		
検査日	/	/
CEA		
CA19-9		
CA125		
AFP		
SCC		
PSA		
CRP		

施行済検査 (3ヶ月以内)	☐CT　☐MRI　☐RI　☐US　☐XP　☐その他(　　) ※画像を持参ください。

確認事項 (＊全て必須)	【検査の同意】　☐**検査(放射線被ばく)及びキャンセル料金についての説明と同意を取得済み**
	【糖尿病】　☐無　☐有 (インスリン ・ 内服薬　　) (空腹時血糖値　　mg/dl)
	【移動方法】　☐独歩　☐車椅子　＊介助が必要な方はお受けできません
	【30分の安静】　☐可　☐不可
	【閉所恐怖症】　☐無　☐有
	【ペースメーカー】　☐無　☐有
	【妊娠可能性】　☐無　☐有
	【告知】　☐無　☐有
	【入外区分】　☐外来　☐入院

検査に必要な処置･留意点	

姫路赤十字病院　　地域医療連携室