

FDG-PET/CT 検査依頼票


年 月 日


記載がより
簡単になりました！

国立病院機構京都医療センター 地域医療連携室

紹介予約FAX (24時間受付)

お問い合わせ (平日9:00~17:00)

 075-643-4361

 0120-06-4649

医療機関名	
医師名	
電話・FAX番号	

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓)	T S 年 月 日生 H R
電話番号	(自宅 / 携帯)	当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
来院の際、 <u>紹介状・保険証原本</u> (またはマイナンバーカード) をお持ち頂きますよう、 患者さんにお伝え下さい。		

入院中 紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください。

希望日	第一希望日 月 日 時頃	第二希望日 月 日 時頃
-----	--------------	--------------

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療 ※検査結果はご紹介元にお返しします
病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () (注)疑い病名や早期胃癌は、保険適応となりません <input type="checkbox"/> 血管炎 (高安動脈炎等の大型血管炎で、他検査で局在・活動性の判断がつかない場合) <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他(自費)

確認事項	検査結果 (注)PET検査前に、他の画像や腫瘍マーカーの検査がない場合は保険適応となりません。
	●画像検査 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CT・MR・Xp・その他 ()) ※申込日の直近の検査を持参してください
	●腫瘍マーカー : _____
	●病理診断 : _____
	●手術歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 : / 年 月)
	●放射線治療歴 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 : / 年 月)
	●身長 : _____ cm
	●体重 : _____ kg
	●糖尿病 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	●移動 : <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー

●閉所恐怖症	: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
●ペースメーカー	: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
●妊娠	: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
●体位(30分静止)	: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

※確認後、検査不可能となる場合がございます。あらかじめご了承ください。

病院への連絡事項等
