

FDG-PET/CT 検査依頼票

記載がより
簡単になりました！

年 月 日

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 : 無 有●ペースメーカー : 無 有●妊娠 : 無 有●体位(30分静止) : 可 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