

18F-FDG PET-CT検査依頼票

送 信 先 : 独立行政法人国立病院機構京都医療センター 地域医療連携室
(FAX:075-643-4361 TEL:0120-06-4649)

受付時間 : 平日8:30~17:15

申込日 年 月 日

予約日時 : 年 月 日 (曜日) 時 分~

※お電話で事前に予約日時が確定している場合はご記載ください。

医療機関名 :

所在地 :

依頼医師名 :

電 話 :

FAX :

フリガナ :

生年月日 : 明・大・昭・平・令

年 月 日 (歳)

患者氏名 :

男・女

住 所 : 〒 -

当院受診歴 :

無

有

(診察券番号:

-

-

)

診療種別 :

保険診療

自由診療

検査部位 :

全身(頭頂~大腿基部まで)

その他追加部位(

)

検査希望日 :

第一希望

月

日

・第二希望日

月

日

※お電話で事前に予約日時が確定している場合は記載不要です。

悪性腫瘍病名(早期胃癌を除く) :

(注)疑い病名の場合は、保険適用となりません。

検査目的 :

病期診断

転移・再発診断

その他(自費)

検査結果 :

・施行した画像診断 :

無

有

(CT

MRI

Xp

その他(

)

※申込日より、近の画像を持参してください

・腫瘍マーカー :

・病理診断 :

・手術歴 :

無

有

(部位:

年

月)

・放射線治療歴 :

無

有

(部位:

年

月)

確認事項

・身長 :

cm

・体重 :

kg

・糖尿病 :

無

有

(空腹時血糖値:

mg/dl)

・移動 :

独歩

車椅子

ストレッチャー

・CD-R希望 :

無

有

(後日郵送いたします)

・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。予めご了承ください。

令和4年4月版