

PET-CT 検査依頼書 (患者紹介書)

依頼日 年 月 日

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

紹介元医療機関

加古川中央市民病院

名称

所在地

放射線診断科 担当医

医師名 科

TEL

FAX

フリガナ		男 女	(西暦) 年 月 日 (歳)	加古川中央市民病院受診歴 あり・なし
氏名	旧姓() 必ず記載をお願いします			
住所	〒 -	電話番号 (日中に連絡がとれる番号)		
		連絡先 1		
		連絡先 2		

上記の電話番号へ事前確認の連絡をとらせていただきます

該当箇所に✓や○を記入してください

検査希望日	第1希望 (月 日)	※結果は郵送で、約1週間後の到着となります	
	第2希望 (月 日)		
臨床診断	☐ 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)	☐ てんかん	☐ 心サルコイドーシス
	(病名:)		
検査目的			
体位・方向	☐ 頭頂〜大腿部	☐ 頭頂〜足底部	
施行した画像診断	☐ CT ☐ MRI ☐ RI ☐ 超音波 ☐ その他 ()		
腫瘍マーカー値など			

臨床経過など (既往歴・治療歴に関しては、日時を含めてできるだけ詳しくご記入ください)
*経過等ご説明頂く文章について、100文字を超える場合は、別途貴院の情報提供書にてご記入ください。

改訂：2025年4月

検査に必要な 確認事項 (必ずご記入 ください)	身長 cm 体重 kg	☐ 外来通院中 ☐ 入院中		
	移動に介助が必要 (付添い歩行 ・ 車いす ・ ベッド)	なし・あり	糖尿病	なし・あり (BS:) ・ 不明
	妊娠の有無	なし・あり	オムツ	なし・あり
	仰臥位で20分静止	可・不可	尿バッグ	なし・あり
	閉所恐怖症	なし・あり		
	ペースメーカー・ICD	なし・あり	告知	なし・あり

加古川中央市民病院 予約専用ダイヤル FAX：079-451-8653 TEL：079-451-8651