



FDG-PET 検査申込書（診療情報提供書）

年 月 日

紹介元 医療機関名 () 住所： 電話番号： FAX 紹介医師名

ふりがな 患者 氏名 様 (男 ・ 女)	生年月日： 年 月 日 電話番号： - - (連絡の取れる所・携帯)
身長： cm 体重： kg	
確認事項	糖尿病 有・無 妊娠 有・無 感染症 有・無 → *有の場合は感染症の種類 () 閉所恐怖症 有・無 搬送区分 独歩・車椅子・ストレッチャー
臨床診断 及び 疾患名	脳腫瘍 頭頸部癌 肺癌 乳癌 大腸癌 膵癌 食道癌 子宮癌 卵巣癌 悪性リンパ腫 転移性肝癌 原発不明癌 悪性黒色腫 大型血管炎 その他 () <input type="checkbox"/> 高い蓋然性を持った悪性腫瘍疑 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 保険適用外 (自費)
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 その他 ()
	臨床経過・既往歴 (病変サイズ・部位、病理診断など)
持参画像データ	CT・MRI・RI・US・その他 ()
リハビリセンター受診歴	有 ・ 無