

診療情報提供書(PET-CT予約用)

年 月 日

静岡徳洲会病院
PETセンター担当医 殿
TEL:054-256-8157
FAX:054-256-8163

医療機関名/科名
医師名
TEL
FAX

㊞

ふりがな				生年月日		
氏名	男・女		明大 昭平	年 月 日		
住所 又は 静岡徳洲会病院ID	〒			電話番号		
病名 (主訴)	悪性腫瘍の確定診断名() てんかん(難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者) 心疾患(虚血性心疾患による心不全患者の心筋組織のバイアビリティ診断、又は心サルコイドーシス における炎症部位の診断が必要とされる患者) 血管炎(高安動脈炎等の大型血脈炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者) その他()					
検査 目的	<input type="checkbox"/> 良悪識別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他()					
症状経過等	施行した画像診断 CT ・ MRI ・ その他() 検査施行年月日 年 月 日 (癌の病理診断がついていない場合には画像診断を行っていないと保険適応となりません) 血管炎の診断の為にに行った検査 () 静岡徳洲会病院にてPET-CTを施行されている 年 月 日					
確認事項	◇糖尿病 有(重・軽) ・ 無 ※当日は、予約時間4時間前から食事を御遠慮していただきますので、血糖値の下がりすぎ、 もしくは血糖値の上限170ぐらいまでになるようご指導お願い致します ◇歩行 可 ・ 不可(車いす・ストレッチャー)歩行ができない方は体重記入をお願いします ◇妊娠 有 ・ 無 kg ◇閉所恐怖症 有 ・ 無 ※ 外来 ・ 入院中					
次回受診予約日	年 月 日 (結果報告をする受診日)					