

# 診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

医療法人社団 高千穂会 西台クリニック宛<1 枚目>

医療法人社団 高千穂会  
西台クリニック 担当医

殿

以下の患者の PET-CT 検査及び診断をお願い申し上げます。

検査予約日時： 年 月 日 (午前・午後) 時 分

姓 (Family name)	名 (First name)	Middle (イニシャル)	住所・名称 TEL. ( ) 診療科 担当医師 (フルネーム)
ふりがな			
患者氏名			
依頼元 ID	性別 男・女		
生年月日	年 月 日 (オ)		
身長・体重	cm	kg	
住 所	〒 - TEL: ( ) 携帯: ( )		

前回受診歴： 無・有 ( 年 月 日) カルテ番号：

臨床診断			
検査目的	病期診断	再発診断	その他 ( )
画像検査 (要撮像持参)	CT	MRI	US RI その他 ( )
病理検査	※施行した病理と結果 ※施行していない場合には理由をご記入ください。 生検禁忌 全身状態不良 患者の不同意 病変部位、サイズ等の理由で困難 その他 ( )		
腫瘍マーカー			
撮像希望範囲	通常(頭頂部～大腿骨上部)、下肢に病変が疑われる場合(頭頂部～足先)、その他 ( )		
臨床経過等			
手術歴	無・有	年 月 術式 ( )	年 月 術式 ( )
化学療法	無・有	年 月 ~ 年 月	
放射線治療	無・有	年 月 ~ 年 月	
糖尿病	無・有 (空腹時血糖値 )	※糖尿病薬剤について：検査当日の服用(投与)は避けてください。	
移動方法	自力歩行・要介助・車椅子 (要介助・車椅子の場合は、必ず付添いの方の同伴をお願い致します。)		
感染症	HBsAg (-・+)	HCVAb (-・+)	その他 ( )
ドレーン類	無・有 (尿管カテーテル・ドレーンチューブ<留意部位 >)		
排泄状況	普通・その他(人工肛門・ウロストミー・オムツ使用)	腎機能	正常・異常
I V H	無・有 (予約時刻の6時間前よりゼロカロリーにしてください。)	在宅酸素	無・有 ( ℓ/分)
妊娠	無・有	閉所恐怖症	無・有
心臓ペースメーカー	無・有 (メーカー名 )	約30分静止	可・不可
現在状況	外来・入院中		
その他 特記事項・注意点など			
現在の処方：	糖尿病薬 ( )	内服・注射	

# 診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

貴院御控<2 枚目>

医療法人社団 高千穂会  
西台クリニック 担当医

殿

以下の患者の PET-CT 検査及び診断をお願い申し上げます。

検査予約日時： 年 月 日 (午前・午後) 時 分

姓 (Family name)	名 (First name)	Middle (イニシャル)	住所・名称
ふりがな			
患者氏名			TEL. ( )
依頼元 ID	性別 男・女		
生年月日	年 月 日 (オ)		診療科
身長・体重	cm kg		
住 所	〒 -		担当医師 (フルネーム)
	TEL: ( ) 携帯: ( )		

前回受診歴： 無・有 ( 年 月 日) カルテ番号：

臨床診断	
検査目的	病期診断 再発診断 その他 ( )
画像検査 (要撮像持参)	CT MRI US RI その他 ( ) ※検査前1週間以内のバリウム検査と、検査前日及び当日のヨード造影剤の場合、検査は行えません。
病理検査	※施行した病理と結果 ※施行していない場合には理由をご記入ください。 生検禁忌 全身状態不良 患者の不同意 病変部位、サイズ等の理由で困難 その他 ( )
腫瘍マーカー	
撮像希望範囲	通常(頭頂部～大腿骨上部)、下肢に病変が疑われる場合(頭頂部～足先)、その他 ( )
臨床経過等	
手術歴	無・有 年 月 術式( ) 年 月 術式( )
化学療法	無・有 年 月 ~ 年 月
放射線治療	無・有 年 月 ~ 年 月
糖尿病	無・有 (空腹時血糖値 ) ※糖尿病薬剤について：検査当日の服用(投与)は避けてください。
移動方法	自力歩行・要介助・車椅子 (要介助・車椅子の場合は、必ず付添いの方の同伴をお願い致します。)
感染症	HBsAg (-・+) HCVAb (-・+) その他 ( )
ドレーン類	無・有 (尿管カテーテル・ドレーンチューブ<留意部位 >)
排泄状況	普通・その他(人工肛門・ウロストミー・オムツ使用) 腎機能 正常・異常
I V H	無・有 (予約時刻の6時間前よりゼロカロリーにしてください。) 在宅酸素 無・有 ( ℓ/分)
妊娠	無・有 閉所恐怖症 無・有 約30分静止 可・不可 現在状況 外来・入院中
心臓ペースメーカー	無・有 (メーカー名 )
その他 特記事項・注意点など	
現在の処方：	糖尿病薬( 内服・注射)

医療法人社団 高千穂会  
西台クリニック

医療連携室

TEL.03-5922-0702

FAX.03-5922-0701

# 診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

患者様持参用<3 枚目>

医療法人社団 高千穂会  
西台クリニック 担当医

殿

以下の患者の PET-CT 検査及び診断をお願い申し上げます。

検査予約日時： 年 月 日 (午前・午後) 時 分

姓 (Family name)	名 (First name)	Middle (イニシャル)
ふりがな		
患者氏名		
依頼元 ID	性別	男・女
生年月日	年 月 日 (オ)	
身長・体重	cm	kg
住所	〒 -	
	TEL: ( )	
	携帯: ( )	

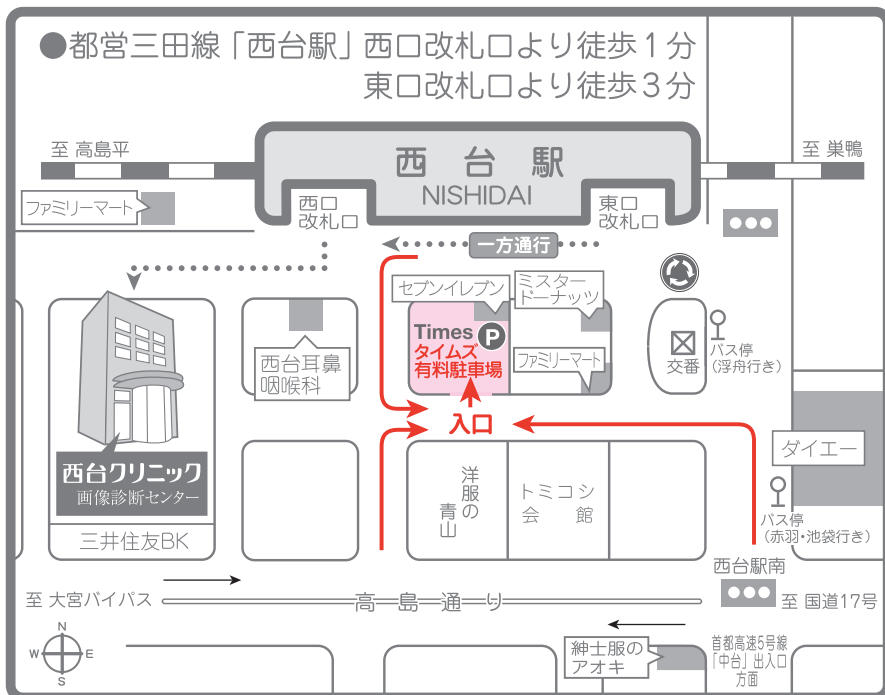
依頼元医療機関	住所・名称
	TEL. ( )
	診療科
	担当医師 (フルネーム)

## 【検査にあたっての注意】

- ・ご来院の 5 時間前以降は水、白湯 (糖分・甘味料が含まれない) 以外は取らないでください。
- ・予約時刻の 10 分前にはご来院ください。予約時刻に間に合わない場合やご来院できない場合は、判明した時点で直ちにご連絡ください。
- ・検査時間は約 3 時間を予定しておりますが、前後することもございます。
- ・当日検査結果の説明はありません。主治医から説明を受けてください。
- ・館内での水以外の摂取はお断りしております。ご了承ください。

## 【検査当時ご持参いただくもの】

- 健康保険証並びに各種受給者証
- 検査料金 (クレジットカード不可)
- 主治医からお預かりした、診療情報提供書及び MRI・CT 等の検査フィルム
- 問診票・検査同意書 (西台クリニックから送付いたします。)
- PET-CT 検査ご依頼票 (本書)



### 電車

#### 都営三田線「西台駅」

西口改札口より徒歩 1 分  
東口改札口より徒歩 3 分

### お車

首都高速 5 号線下り「中台」  
出口より直進後、西台駅方面へ  
お進みください。

※駐車場 (タイムズ) にお停め  
ください。

◎お車でご来院される方は、駐  
車券をご用意しておりますの  
で、ご利用、ご希望の際は  
事前にお申し付けください。

ご予約に関するお問い合わせ 医療法人社団 高千穂会 西台クリニック 医療連携室 TEL.03-5922-0702  
お薬の服用等に関するお問い合わせ 医療法人社団 高千穂会 西台クリニック (代表) TEL.03-5922-0700

