

# 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) | 依頼元医療機関 | 住所・名称        |
| ふりがな            |                |                |         | TEL. ( )     |
| 患者氏名            |                |                |         | 診療科          |
| 依頼元 ID          | 性別 男・女         |                |         | 担当医師 (フルネーム) |
| 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 ( )<br>※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使用の場合、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。<br>生検禁忌 全身状態不良 患者の不同意<br>病変部位、サイズ等の理由で困難<br>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)                                                                          |

# 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) | 依頼元<br>医療機関 | 住所・名称        |
| ふりがな            |                |                |             | TEL. ( )     |
| 患者氏名            |                |                |             | 診療科          |
| 依頼元 ID          | 性別 男・女         |                |             | 担当医師 (フルネーム) |
| 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<br>(要撮像持参) | CT MRI US RI その他 ( )<br>※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。<br>生検禁忌 全身状態不良 患者の不同意<br>病変部位、サイズ等の理由で困難<br>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)                                                                           |

# 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

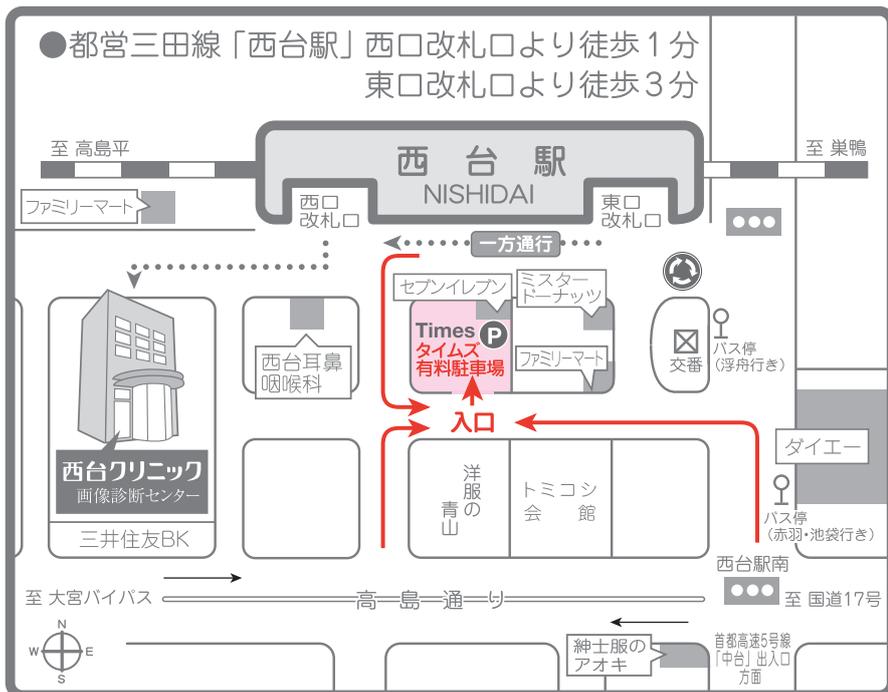
|                 |                |                |              |
|-----------------|----------------|----------------|--------------|
| 姓 (Family name) | 名 (First name) | Middle (イニシャル) | 住所・名称        |
| ふりがな            |                |                |              |
| 患者氏名            |                |                | 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             | 担当医師 (フルネーム) |
| 住 所             | 〒 -            |                |              |
|                 | TEL: ( )       |                |              |
|                 | 携帯: ( )        |                |              |

## 【検査にあたってのご注意】

- ・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

## 【新型コロナウイルスに関する問診表】

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご依頼元医療機関名 \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

| 4週間以内の症状の有無 |                           | 有・無 | 症状有の場合 (期間: / ~ / )         |
|-------------|---------------------------|-----|-----------------------------|
| 確認事項        | 1                         | 発熱  | 有・無 最高 _____ °C             |
|             | せき症状                      | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
|             | 鼻汁が出る                     | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
|             | だるさ (倦怠感)                 | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
|             | 痰が出る                      | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
|             | 息苦しさ                      | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
|             | 味覚・嗅覚障害                   | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
|             | PCR検査実施 有無                | 有・無 | (実施日: / ) 陰性 ・ 陽性           |
| 2           | その他臨床症状<br>(頭痛・胸の痛み・嘔吐など) | 有・無 | (期間: / ~ / ) 【症状: _____】    |
| 3           | 同居者の上記症状の有無               | 有・無 | (期間: / ~ / ) 【症状: _____】    |
|             | 自宅待機中及び<br>経過観察者の有無       | 有・無 | (期間: / ~ / )                |
| 4           | 検査受診時の付添者の有無              | 有・無 | ※1.付添者が来院する場合は必要最低限でお願いします。 |

※この問診票は、患者様の新型コロナウイルスの症状の有無を確認するためのみ利用致します。