

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

ふりがな	姓 (Family name)	名 (First name)	依頼元医療機関	住所・名称
患者氏名				TEL.
依頼元 ID		性別 男・女		診療科
生年月日	年 月 日 (オ)			担当医師 (フルネーム)
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)	血糖値が高い (目安 > 200mg/dℓ) 場合、微細な病変の診断ができない可能性があります	

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)	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: ()		

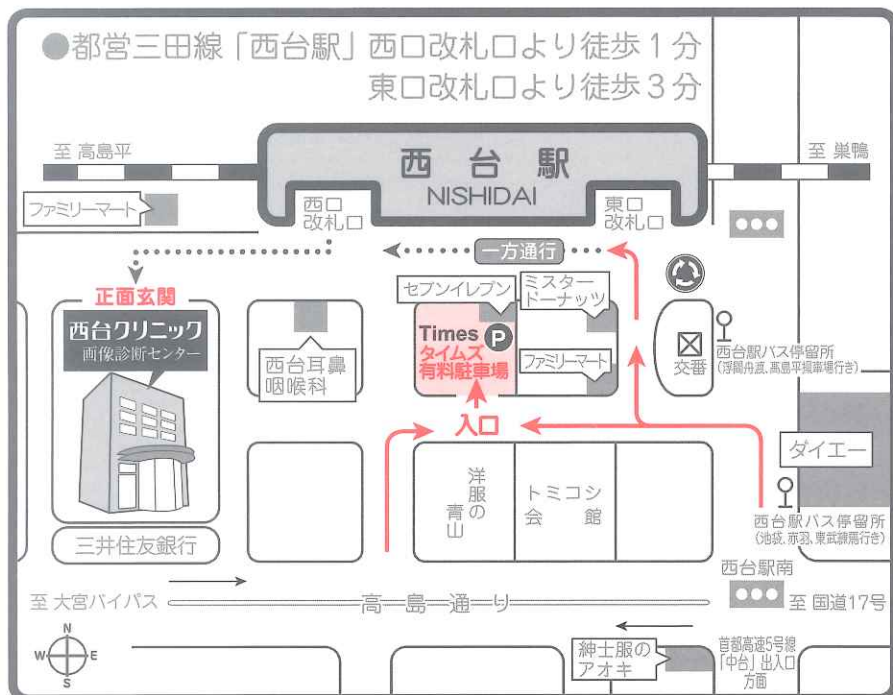
【検査にあたってのご注意】

- ・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、前後することもあります。
- ・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