

PET-CT 検査依頼書（診療情報提供書）

紹介先医療機関 君津中央病院 放射線科 担当医 殿

下記の患者様を紹介します。

検査予定 (予約日時)	年	月	日	時	分
フリガナ				生年月日	
患者様氏名	男・女			大・昭 平・令	年 月 日
患者様住所	TEL(ご本人と連絡がとれる番号/携帯可)				
臨床診断					
検査目的	1. 良悪鑑別 2. 病期診断 3. 再発診断 4. 原発巣検索 5. その他				
施行した画像診断: CT・MRI・シンチ・US・その他() 腫瘍マーカー: () 異常(有・無)					
臨床経過等					
検査に必要な確認事項					
糖尿病	無・有	(空腹時血糖:	mg/dl)	妊娠	無・有
感染症	無・有	()	帰宅後の生活環境に乳幼児や妊婦の存在	無・有
水分制限	無・有	()	付添の必要性	無・有
その他、検査に関わる留意点等					

検査に関する注意事項

- 検査前1ヶ月以内のバリウム検査・前日の内視鏡検査はアーチファクトとなる可能性があります。
- 検査当日の血糖値が200mg/dl以上である場合、検査精度が低下する可能性があります。
- 臨床的に可能な範囲で検査当日朝のインスリン・糖尿病薬と検査前日から下剤は中止してください。
- G-CSF 製剤はPET検査の2週間前から休薬してください。
- ペースメーカー類など、体内金属がある場合は「その他、検査に関わる留意点等」に記載してください。
- 検査結果は後日郵送となります。

年 月 日

住所 _____

病医院名 _____

医師名 _____ 印

TEL _____ FAX _____

国保直営総合病院 君津中央病院 患者総合支援センター

〒292-8535 千葉県木更津市桜井 1010

TEL : 0438-36-1069

Fax : 0438-36-0399