虎の門病院付属画像診断センター PET/CT検査依頼書(診療情報提供書) 平成 明治・大正・昭和・平成 フリガナ 生年月日 男 患者氏名 在 日 (歳) 住所 Ŧ 自宅電話番号 女 携帯電話番号 * 当センターからの連絡 自宅電話 ・ 携帯電話を優先 虎の門病院受診歴 (有・無) 虎の門病院患者番号 年 A 予約確定日時 時 分 来院 * 電話で確定した日時をご記入ください。 肺癌 乳癌 大腸癌 頭頸部癌 前立腺癌 胃癌(早期胃癌を除く) 病期診断 検査目的 膵癌 転移•再発診断 脳腫瘍 転移性肝癌 食道癌 子宮癌 卵巣癌 悪性黒色腫 悪性リンパ腫 原発不明癌 その他(その他(臨床経過·既往歴等 身長 体重 cm kg 病理検査の結果 無·有 結果(年 月) \Box 腫瘍マーカー上昇 無·有 種類・数値 () 年 月 $\boldsymbol{\mathsf{B}}$ PET検査歴 無 • 有 医療機関名(年 月 日 月 Gaシンチ実施歴 年 日 無 · 有 画像検査の有無) 年 月 日 MRI 部位() 年 月 CT 部位(日 手術歴 無 • 有 術式() 年 月 В 化学療法 無 • 有 月 種類 () 年 月 日 ~ 年 $\boldsymbol{\mathsf{H}}$ 放射線治療 月 無・有 部位(年 $\boldsymbol{\mathsf{H}}$ 心臓ペースメーカー使用 無 • 有 機種(植込み型除細動器使用 無・減 *有の方は検査できません。 閉所恐怖症 無 · 有 糖尿病 無 • 有 空腹時血糖値(mg/dl) HbA1C (%) 感染症 HBV · HCV · 梅毒 · MRSA · その他(無 • 有) 使用中薬剤 無 • 有 種類()

無・有

移動方法 自力歩行・ 車椅子・*ストレッチャーの方は検査できません。

30分の静止、1時間の安静 可 ・ 不可 *静止、安静ができない方は検査できません。

特殊項目 ドレーン・ストマ・導尿・その他() *完全自己管理できる方のみ。

*長時間の検査のため、理解度(認知症など)に応じて、家族の介助が必要です。

検査依頼者

 医療機関名
 診療科

 所在地 〒
 医師氏名

 TEL
 内線(
)

 FAX

* 結果報告書に CD-Rを つける。 · つけない。(ご希望の方にOをしてください。)

虎の門病院付属画像診断センター 画像診断センター受付

FAX 03-6277-7035

※画像診断センターチェック欄

保険適用 • 適用外

事務 看護部