

診療情報提供書（PET検査依頼）

甲府脳神経外科病院附属 山梨画像診断クリニック担当医 宛 平成 年 月 日（ ）

所在地
名称
電話/FAX

科 医師 氏名 _____ 印

下記患者の診療情報を提供しますので、PET検査をお願いします。

ふりがな 患者氏名		男 女	住 所		
生年月日	T・S・H 年 月 日	才	電話番号	()	
紹介目的	保険診療 自費診療				
主訴又は病名・既往歴					
現 病 歴	*保険適応の根拠となる事象については必ず、御記載ください。				
患者様は仰臥位で30分間静止できますか			①可能 ②不可能（静止の方法＝_____）		
移 動 方 法	①独歩可 ②介助歩行 ③車椅子 ④ストレッチャー				
次の病気等が ありますか	①糖尿病（空腹時血糖値 _____ mg/dl） ②喘息 ③閉所恐怖症 ④妊娠又はその可能性 ⑤感染症（イ）肝炎（A型 B型 C型）（ロ）梅毒 （ハ）MRSA （ニ）その他（_____）				
アレルギーの有無	①造影剤（CT・MRI） ②薬剤（_____） ③その他（_____）				
特記すべき治療薬					
特記すべき埋め込み 機器等・挿管 類・その他特別な ケアの有無	①ペースメーカー ②金属（_____） ③経管栄養 ④IVH ①尿バルーン ②酸素吸入 ③ストマ ④その他（_____）				
画像データ	①CT ②MRI ③X-P ④その他				
特記すべき 血液検査結果	①腫瘍マーカー ②生化学 ③免疫学検査				