診療情報提供書（FDG-PET 依頼書）

横須賀市立総合医療センター　放射線科担当医

フリガナ 患者氏名	☐ 男 ☐ 女	生年月日 西暦　　年　　月　　日 （　　歳）
住所	〒（　　―　　） 携帯電話：　　（　　）	
予約日時	西暦　　年　　月　　日　　時　　分	
依頼施設 医師名 電話番号	施設名 診療科（　　） 医師名＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL：　　（　　）	
妊娠	☐ 無　☐ 有（※有は検査不可）	体重　kg **※薬剤の投与量を決めるため正確に記載してください。**

診断名

☐悪性腫瘍　＿＿＿＿＿＿＿＿癌
＿＿＿＿＿＿＿＿腫

当該疾患の治療歴

手術歴：　☐ 無　☐ 有（　　年　　月）
術式＿＿＿＿＿＿＿＿

放射線治療：　☐ 無　☐ 有（　　年　　月）
（　　年　　月）

化学療法：　☐ 無　☐ 有（　　年　　月）
（　　年　　月）

検査目的

☐ 病期診断（※早期胃がんは保険適用外）
☐ 治療効果判定（悪性リンパ腫のみ）
☐ 転移・再発診断（画像検査で再発・転移が疑われる場合）

病理診断

☐ あり（組織診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿）
☐悪性の確定診断が得られないが、臨床病歴、 身体所見、その他の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される。**（※詳細を臨床経過等に記載してください。）**

施行済検査 **（※直近 3 カ月以内に施行したもの）**

☐ CT　☐ MRI　☐ RI

☐ US　☐ ES　☐ MMG

臨床経過等（※出来るだけ詳細に記載してください）