

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。

<p>診断名</p> <p><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 _____ 癌腫</p>	<p>当該疾患の治療歴</p> <p>手術歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月) 術式 _____</p> <p>放射線治療： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月) (年 月)</p> <p>化学療法： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月) (年 月)</p>
<p>検査目的</p> <p><input type="checkbox"/> 病期診断 (※早期胃がんは保険適用外)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ)</p> <p><input type="checkbox"/> 転移・再発診断 (画像検査で再発・転移が疑われる場合)</p>	<p>施行済検査 (※直近3カ月以内に施行したもの)</p> <p><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI</p> <p><input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> MMG</p>
<p>病理診断</p> <p><input type="checkbox"/> あり (組織診断名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。)</p>	
<p>臨床経過等 (※別紙添付でも問題ございません。)</p>	