

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 放射線科担当医宛

フリガナ	☐ 男 ☐ 女	生年月日	
患者氏名		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。

診療区分 ☐ 保険診療 ☐ 自由診療 (※自由診療は 105,000 円)	検査目的 (※スクリーニング・良悪鑑別は保険適用外) ☐ 病期診断 ☐ 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) ☐ その他 (_____)
診断名 ☐ 悪性腫瘍 (※早期胃がんは保険適用外) _____癌 _____腫 ☐ 自由診療 (※診断名がある場合は記載してください)	病理診断 (※下記以外は保険適用外) ☐ あり (病理組織診断名: _____) ☐ 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。 ☐ なし
臨床経過等 (※別紙添付でも問題ございません)	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) 化学療法: ☐ 無 ☐ 有 (年 月)

	施行済検査	☐ CT ☐ MRI ☐ RI ☐ US ☐ ES ☐ MMG
--	--------------	--