

PET/CT 検査紹介状（診療情報提供書）

※ この用紙を当院へFAX 送信後、原本は当日患者様をご持参ください。

国立国際医療研究センター

国府台病院 地域医療連携室

FAX 047-375-4746

TEL 047-375-4744

貴医療機関名

診療科

住所

電話番号

担当医

(フルネーム)

㊞

自筆の場合は不要

検査予約日時： 年 月 日（曜日） 時 分

(事前の準備がありますので検査当日は時間厳守で「地域医療連携室窓口」にお越しください。)

フリガナ		性別		生年月日	大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日	(歳)
患者氏名		男・女		身長	cm	体重	kg		
患者住所	〒								
電話番号	電話：	携帯：	緊急連絡先：						
電話連絡が可能な方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外でも可 ()		国籍						

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病名 ()	告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (検査日： / 組織)		
検査目的	<input type="checkbox"/> 術前病期診断 <input type="checkbox"/> 術後再発/転移検索 <input type="checkbox"/> 大動脈症候群 ※良悪性鑑別は保険適応外です <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> その他 ()		
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり () ※特にご希望がない場合は頭部～大腿基部までとなります。		

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過等	画像検査		
		検査日	検査日
	CT	/	/
	MRI	/	/
	その他	/	/

※ 太線枠内は (検査日も)、必ずご記入ください。CT・MRI等の画像診断や病理検査がすでに施行されている患者が、保険適応になります。(他院での検査でも結構です) 必ず、画像データを本人にお渡しください。

検査前確認事項

手術歴	年 月 日	糖尿病
	部位 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (インスリン・内服)
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	点滴等
	部位 ()	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液 (末梢・CV)
化学療法終了日	年 月 日	30分の静止
	治療内容 ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	入外区分
	治療内容 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
放射線治療終了日	年 月 日	患者移動方法
	照射部位 (/ Gy)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。