

# PET検査依頼用 診療情報提供書

(川崎医科大学総合医療センター用)

令和 年 月 日

川崎医科大学総合医療センター 地域医療連携室

〒700-8505 岡山市北区中山下2-6-1



FAX:086-221-1101



TEL:086-225-2111(代表)

紹介元

医療機関名

診療科

TEL

主治医氏名

印

ふりがな 患者氏名 様	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)
住 所 〒	TEL ( )	受診希望日 第1希望 月 日
身長 cm	体重 kg	第2希望 月 日

悪性病名：	患者病識(告知の有無)：
病理診断 有・無	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院( )
検査目的 良悪鑑別 病期診断 再発診断 転移検索 他( )	
前回受診歴 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 平成 年 月 日	
18F-FDG PET検査(撮影範囲は眼窩～大腿基部までとなります) ※それ以外の検査・撮影範囲をご希望の場合は下記にご記入ください。 希望撮影範囲記入欄。	

臨床経過等 (手術歴等がありましたらご記入願います。)(臨床経過、血液データについては貴院書式を添付いただいても結構です。)
--

確認事項 [糖尿病] 有・無  [現在の処方]
----------------------------------