

¹⁸F-FDG PET-CT検査依頼票

送 信 先 : 独立行政法人国立病院機構京都医療センター 地域医療連携室
(FAX:075-643-4361 TEL:0120-06-4649)

受 付 時 間 : 平日8:30~17:15

申込日 年 月 日

予 約 日 時 : 年 月 日 (曜日) 時 分 ~

※お電話で事前に予約日時が確定している場合はご記載ください。

医療機関名 :

所 在 地 :

依頼医師名 :

電 話 :

FAX :

フリガナ :

生年月日 : 明・大・昭・平・令

年 月 日 (歳)

患者氏名 :

男・女

住 所 : 〒 -

当院受診歴 : 無 有 (診察券番号: - -)

診 療 種 別 : 保険診療 自由診療

検 査 部 位 : 全身(頭頂~大腿基部まで) その他追加部位()

検査希望日 : 第一希望 月 日 ・ 第二希望日 月 日

※お電話で事前に予約日時が確定している場合は記載不要です。

悪性腫瘍病名(早期胃癌を除く) : _____ (注)疑い病名の場合は、保険適用となりません。

検 査 目 的 : 病期診断 転移・再発診断 その他(自費)

検 査 結 果 : ・ 施行した画像診断 : 無 有 (CT MRI Xp その他())

※申込日の直近の画像を持参してください

・ 腫 瘍 マーカ ー : _____

・ 病 理 診 断 : _____

・ 手 術 歴 : 無 有 (部位: _____ 年 月)

・ 放 射 線 治 療 歴 : 無 有 (部位: _____ 年 月)

確認事項

・身 長 : _____ cm

・体 重 : _____ kg

・糖 尿 病 : 無 有 (空腹時血糖値: _____ mg/dl)

・移 動 : 独歩 車椅子 ストレッチャー

・検査画像はCD-Rにしてお返しいたします

・閉 所 恐 怖 症 : 無 有

・ペ ー ス メ ー カ ー : 無 有

・妊 娠 : 無 有

・体 位 (30分 静 止) : 可 不可

確認後、検査不可能となる場合がございます。予めご了承ください。