

診 療 情 報 提 供 書

<紹介先>北九州PET健診センター

患者様について			
フリガナ			
氏名			男・女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	歳
住所	〒		
TEL	()	-	
携帯	()	-	
身長	cm	体重	kg

貴医療機関について	
貴医療機関名	
貴科名	
ご担当医師 (フルネーム)	
住所	〒
TEL	
FAX	

保険診療確認事項（保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入下さい）

前回受診歴	(有 無) 平成 年 月 日				
撮 像 範 囲	(撮像範囲は頭部～大腿基部までとなります)撮像範囲にご希望のある場合はご記入下さい。				
機 械 の 選 択	PET (7500点)		PET-CT (8625点)		
臨 床 診 断					
検 査 目 的	良悪性鑑別	病期診断	転移・再発診断	原発巣検索	他()
病理診断検査	実施している()				実施していない
画像診断検査 要フィルム持参	CT	(最終検査日:平成 年 月 日)			
	MR	(最終検査日:平成 年 月 日)			
	US	(最終検査日:平成 年 月 日)			
	ガリウムシンチ	(最終検査日:平成 年 月 日)			
腫瘍マーカー					
臨床経過・検査目的等					
手 術 歴	無・有	年	月	術式	
	無・有	年	月	術式	

検査前確認事項

現在状況	外来・入院中	糖尿病	有 (空腹時血糖 mg/dl) ・ 無
移動方法	歩行・車イス・ストレッチャー	腎機能	正常・異常 (BUN クレアチニン)
20分静止	可能・不可()	妊娠可能性	有・無
閉所恐怖症	有・無	告知の有無	有・無
その他留意点 必要な処置等			

お願い

この用紙にご記入いただき、ご郵送ください。

保険および自由診療での検査が決定しましたら、お電話にてご連絡さしあげます。

CT・MR等の参考フィルム等をご本人様が当センターに持参できますようご準備願います。

なお、検査終了後フィルム等はご返却いたします。

(財)西日本産業衛生会

北九州健診診療所 PET画像診断部

(北九州PET健診センター)

〒803-0812 北九州市小倉北区室町3-1-2

TEL 093-591-2503

FAX 093-591-2586