

P E T / C T 診 療 情 報 提 供 書

(送付用)

紹介先: 北九州 PET 健診センター (北九州健診診療所 PET 画像診断部) FAX: 093-591-2586

患 者 様 に つ い て			
フリガナ			
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	T・S・H	年 月 日	歳
住 所	〒		
T E L			
携 帯			
身 長	cm	体 重	kg

貴 医 療 機 関 に つ い て	
所 在 地	
医 療 機 関 名	
T E L	
F A X	
診 療 科 名	
担 当 医 師	
(フルネーム)	

診療確認事項(必ずご記入ください)

前回受診歴	無 有 (平成 年 月 日)		
撮 像 範 囲	(撮像範囲は頭部～大腿基部まで)撮像範囲にご希望のある場合のみご記入ください。		
診 療 種 別 及 び 目 的	悪 性 腫 瘍	保 険 診 療	病 期 診 断
	てんかん焦点検索	保険診療の要件・・・「他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない場合」	
	心筋バイアビリティ	自 費 診 療	目 的 ()
臨 床 診 断			
画 像 診 断 検 査 要フィルム持参	CT MR US	ガリウムシンチ (最終検査日:平成 年 月 日)	
	CT MR US	ガリウムシンチ (最終検査日:平成 年 月 日) ガリウムシンチ検査とPET/CT検査の同一月内の施行不可	
腫瘍マーカー			
臨床経過・検査目的 等			
手術歴 無 有年.....月 術式			

検査前確認事項(必ずご記入ください)

現在状況	外来・入院中	告知の有無	有・無	閉所恐怖症	有・無	妊娠可能性	有・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 ()		糖尿病	有 (空腹時血糖 mg/dl) ・ 無			
ペースメーカー	無・有 (メーカー:)						
その他留意点 必要な処置等							

記入後、1枚目(送付用)を郵送、もしくは患者様へお渡しください。
CT・MR等の参考フィルムを患者様へお渡しいたしますようお願いいたします。
なお、検査終了後フィルムは返却いたします。

(財)西日本産業衛生会 北九州PET健診センター
(北九州健診診療所 PET 画像診断部)
〒803-0812 北九州市小倉北区室町3-1-2
TEL 093-591-2503 FAX 093-591-2586