

## 日本医科大学 健診医療センター PET検査申込書兼診療情報提供書

検査を円滑に施行するために、なるべく詳細かつ漏れないよう  
ご記入ください

事務使用欄

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ		男	生 年 月 日				身長	cm
氏名		女	T H	S R	年 月 日	歳	体重	kg
住所	〒		電話番号			携帯電話番号		
	-		-			-		

臨床診断	【悪性腫瘍名】( ) 疾患名のみ記入	検査目的	病期診断	再発診断
	主治医が臨床的に高い蓋然性をもって悪性と診断されている場合を含む ・健康保険適用されるその他の疾患への検査依頼はご相談ください ・腫瘍マーカー高値のみは保険適用となりません		転移検索	良悪鑑別
			他( )	

病理検査	※施行した病理と結果: 未施行の理由や施行予定があればご記入下さい	ガリウムシンチ	所見	年 月 日
------	-----------------------------------	---------	----	-------

臨床経過 ・ 既往歴 など	※可能な限り詳細のご記入をお願いします。	病変部シエーマ
直近の画像検査(CT・MRI )、腫瘍マーカー等( )		

・手術歴	無 有	年 月 日	術式( )
・化学療法	無 有	年 月 日	セファランチンやロイコンなど白血球減少症薬や
・放射線治療	無 有	年 月 日	GCSF剤使用中の方はご教示ください

※下記の設問について、有もしくは不可がありましたら、電話予約時にお申し出下さい。(予約後に変更がありましたらご連絡ください)

閉所恐怖症	無 有	認知症	無 有	難聴	無 有
酸素	無 有(安静時 労作時 )	人工透析	無 有		
告知	告知済 未告知( )	妊娠もしくは可能性	無 有		
自力歩行	可 不可(介助者がいない場合、原則として検査をお受けできません)	30分程度の静止	可 不可		
糖尿病	無 有(服用中薬剤 )	※糖尿病薬は予約時間の6時間前から服用(投与)は避けてください。			
体内医療機器	無 有(ペースメーカー ICD CRT-D その他( ) )				
付属物	無 有(輸液 ドレーン ストマ 膀胱瘻 その他( ) )				
PET検査歴	無 当センターで有 他院で有(施設名 )				

貴病院名		診療科	
依頼者 (主治医)	依頼者 連絡先	検査結果郵送先(住所)	
		病院電話番号・内線等	
区分	1. 健康保険(適用条件をご確認ください) 2. 保険適用外(健診を除く: 自費検査 100,000円)		
受診日	年 月 日 ( )		

&lt;連絡先: 提供書FAX&gt; 日本医科大学 健診医療センター TEL: 03-5814-6651 / FAX: 03-5814-6652

医療従事者の被ばく防止の法令により、検査エリアは一人で移動していただきます。介助が必要な方は、お付き添いの方が必ず介助をしてください。また、記入内容についてこちらから確認させていただく場合がございます。ご協力のほどよろしくお願いいたします。