

診療情報提供書（PET検査依頼）

甲府脳神経外科病院 PETセンター担当医 宛

平成 年 月 日（ ）

所在地
名称
電話/FAX

科 医師 氏名 _____ 印

下記患者の診療情報を提供しますので、PET検査をお願いします。

| | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-----|
| <small>ふりがな</small> 患者氏名 | | 男 女 | 住 所 | |
| 生年月日 | T・S・H 年 月 日 | 才 | 電話番号 | () |
| 紹介目的 | 保険診療 自費診療 | | | |
| 主訴又は病名・既往歴 | | | | |
| | | | | |
| 現 病 歴 | *保険適応の根拠となる事象については必ず、御記載ください。 | | | |
| | | | | |
| 患者様は仰臥位で30分間静止できますか | | ①可能 ②不可能（静止の方法＝_____） | | |
| 移 動 方 法 | ①独歩可 ②介助歩行 ③車椅子 ④ストレッチャー | | | |
| 次の病気等がありますか | ①糖尿病（空腹時血糖値 _____ mg/dl） ②喘息 ③閉所恐怖症 ④妊娠又はその可能性 ⑤感染症（イ）肝炎（A型 B型 C型） （ロ）梅毒 （ハ）MRSA （ニ）その他（_____） | | | |
| アレルギーの有無 | ①造影剤（CT・MRI） ②薬剤（_____） ③その他（_____） | | | |
| 特記すべき治療薬 | | | | |
| 特記すべき埋め込み機器等・挿管類・その他特別なケアの有無 | ①ペースメーカー ②金属（_____） ③経管栄養 ④IVH | | | |
| | ①尿バルーン ②酸素吸入 ③ストマ ④その他（_____） | | | |
| 画像データ | ①CT ②MRI ③X-P ④その他 | | | |
| 特記すべき血液検査結果 | ①腫瘍マーカー ②生化学 ③免疫学検査 | | | |