

FDG-PET/CT 検査依頼状・診療情報提供書

記入日 年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院
放射線科 担当医
(地域医療連携室)

FAX : 055-948-2103

TEL : 055-948-3111(代) (内線 3550)

【ご紹介元】

医療機関名 :

医師氏名 :

F A X 番号 :

※10~20分程度で折り返しお返事いたします

下記項目はすべてご記入ください。

フリガナ							
患者氏名		様 (男・女)	身長	cm	体重	kg	
生年月日	年	月	日 (歳)				
住所							電話番号 (- -)

【病名】 []

- ・悪性腫瘍 (早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む)
- ・大型血管炎

※他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断ができない患者

【糖尿病】 [有・無]

【糖尿病有の場合、インスリン使用】 [有・無]

【検査目的】 [良悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断・健診 (自費診療)]

【注意事項】

- ・FDG-PET/CT 検査同意書のご提出をお願いします。
- ・同一月内の同一病名による複数回の PET 検査は適応になりません。

詳細は「順天堂大学静岡病院 PET-CT 検査依頼時の手引き(-1-)(-2-)」を参照してください。

主訴または病名、その他臨床情報、既往歴、家族歴を簡潔にご記載ください。

当院受診歴の有無 [あり【順天堂静岡 ID : _____】・なし・不明]

受診歴のない場合、新規にカルテを作成いたしますので、以下の保険情報をご記載ください。

(保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信していただく場合、ご記入は不要です。)

被保険者証

保険者番号		本人	1割
			2割
記号・番号・枝番	()	家族	3割

後期高齢者医療

保険者番号		1割
		2割
受給者番号		3割

公費負担医療

負担者番号	
受給者番号	