

PET検査申込用紙

関西医科大学総合医療センター (FAX: 06-6993-9488)

依頼日 年 月 日

<紹介元医療機関>

所在地
名称
電話番号
FAX番号

医師名:

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒 - 電話番号() -		

関西医科大学病院(枚方・香里も含む)での受診歴(有・無)

受診希望日	年 月 日 (曜日)
主訴・傷病名	

検査部位

全身FDG-PET 頭頂部から大腿基部 頭頂部から足先

診療区分

保険診療 自費診療

身長 cm ・ 体重 kg

悪性腫瘍の病名

- 肺癌 大腸癌 乳癌 膵癌 頭頸部癌 子宮癌
 卵巣癌 悪性黒色腫 食道癌 悪性リンパ腫 胃癌
 その他()

検査目的

- 良・悪性鑑別 病期診断 転移の有無 治療効果判定 再発の有無
 原発巣の検索 (臨床診断及び検査目的が保険適用に該当しない場合、保険適応外となります。)

検査結果及び症状経過

- ・施行した画像診断 及び 施行日
CT ・ MRI ・ RI ・ US ・ その他() 年 月 日
・病理診断 : ()
・腫瘍マーカー : 異常 有 ・ 無()

患者情報

- 現在の状況 外来 ・ 入院 点滴 無 ・ 有
 ADL 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー 酸素吸入 無 ・ 有
 糖尿病 無 ・ 有 (内服 ・ インスリン注射) 人工透析 無 ・ 有
 感染症 無 ・ 有 () アレルギー 無 ・ 有 ()
 妊娠 無 ・ 有 閉所恐怖症 無 ・ 有
 バリウム検査 無 ・ 有 (有の場合バリウムが写る為1週間あけてください)

既往歴:

<問合せ先>

地域医療連携部 〒570-8507

大阪府守口市文園町10-15 電話 06-6993-9444(直通)