

PET-CT検査依頼書(診療情報提供書)

宮城県立がんセンター 放射線診断科 担当医 宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関名:

電話番号:

医師名:

FAX番号:

検査予約希望日	① 令和 年 月 日 (AM ・ PM)
	② 令和 年 月 日 (AM ・ PM)

ふりがな		性別	体重	生年月日
患者氏名		男・女	kg	西暦・大 年 月 日 昭・平
住所				TEL(ご本人と連絡とれる番号/携帯可)
臨床診断				
検査目的	1. 病期診断 2. 再発診断 3. 原発巣検索 4. その他()			
施行した画像診断	: CT ・ MRI ・ シンチ ・ US ・ その他()			
腫瘍マーカー	: () 病理検査 有 ・ 無 ()			
検査に必要な 確認事項	糖尿病 : 無 ・ 有 (mg/dl)		移動方法 : 独歩 ・ 要介助 ・ 車椅子 ペースメーカー: 無 ・ 有	
臨床経過、その他検査に関わる留意点等				
がんセンター記入欄 予約日	令和 年 月 日 () 時 分			

※検査に関する注意事

- ・検査前1ヶ月以内のバリウム検査・前日の内視鏡検査は、アーチファクトとなる可能性があります。
- ・検査当日の血糖値が200mg/dl以上である場合、検査精度が低下します。
- ・全身のスクリーニング、フォローアップは保険適用外となります。
- ・同一月内にガリウム・シンチグラフィーの核医学検査が行われている場合も保険適応外となります。
- ・保険適用外の場合、自由診療となり、約10万円の自己負担になりますので、ご注意ください。

宮城県立がんセンター 地域医療連携室

TEL : 022-381-5152(直通)

FAX : 022-381-1169(直通)