

## 放射線科 検査申込書

JA岐阜厚生連  
公立東濃中部医療センター  
TEL 0572-55-2111  
FAX 0572-55-7776

医療機関名  
TEL  
FAX  
医師名

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

受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり	第一希望	年           月           日
		第二希望	年           月           日

依頼内容	<input type="checkbox"/> PET-CT ※別紙確認事項あり ※ PET-CTは放射線科医師の診察後、検査を行います。 当日のご予約はできません。
------	--

【紹介目的】 ・診療情報提供書をFAXしてください

--

## PET-CT検査 確認事項

保険診療としてPET-CT検査をご依頼の際には、下記の適応要件の該当する項目にチェックのうえ、診療情報提供書とともに地域連携室までFAXにてお送りください。

※PET-CTは強い放射線を出す薬を使用して検査いたします。  
身体への負担が大きい為、患者様ご自身で移動できる方のみに限らせていただきます。  
また、疑い病名の場合は保険適用外となりますのでお受けできません。ご了承ください。

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

### 【確認事項】

①以下の疾患に当てはまりますか。

\* 悪性腫瘍  
(早期胃癌を除く,  
悪性リンパ腫を含む) {  病期診断  
 転移、再発診断

\* 血管炎  大型血脈炎で、他の検査で局在や活動性が不明の場合

病名 \_\_\_\_\_

②以下の確認事項に記入をお願いいたします。

・身長 ( \_\_\_\_\_ cm) ・体重 ( \_\_\_\_\_ kg)

・ICD(植え込み型除細動器)の有無 (有・無)

・腫瘍マーカー検査の有無 (有・無)

・糖尿病の診断歴 (有・無)

【女性のみ】

・妊娠、授乳の有無 (有・無)

JA岐阜厚生連  
公立東濃中部医療センター  
TEL 0572-55-2111  
FAX 0572-55-7776