

山王病院 PET 画像診断センター
FAX：043-421-7294
TEL：043-421-5660

※こちらは診療情報提供書の代わりとなるものではありませんのでご注意ください。

FDG-PET 予約受付票（保険） 20 年 月 日

依頼元 空欄にご記入ください

医療機関名：_____
診療科・医師名：_____
電話番号：_____

検査目的 あてはまるものを○で囲んでください

悪性腫瘍（ 躯幹部のみ / 躯幹部+下肢 ）
大血管炎（ 躯幹部のみ / 躯幹部+下肢 ）
心サルコイドーシス ※心筋拡大像+胸部の範囲となります。

保険適応 あてはまるものを○で囲んでください

悪性リンパ腫・原発不明癌・頭頸部癌・舌癌・咽頭癌・喉頭癌・甲状腺癌
肺癌・悪性縦隔腫瘍・胸膜中皮腫・乳癌（右・左）
食道癌・胃癌（早期胃癌を除く）・GIST（胃・十二指腸）・十二指腸乳頭部癌
大腸癌（結腸癌（盲腸・上行・横行・下行・S状）・直腸癌
肝癌・胆のう癌・胆管癌・膵癌
子宮体癌・子宮頸癌・卵巣がん・前立腺癌
悪性黒色腫（原発部位：_____）・皮膚癌・有棘細胞癌（原発部位：_____）
大型血管炎（高安動脈炎・巨細胞性動脈炎） → 確定診断 済
その他（_____）

画像診断 あてはまるものを○で囲んでください

○診療・治療計画に基づき、目的部位に該当する画像診断（PET/CT 検査日より3ヶ月以内に撮影されたものに限る。）が必要となります。
○目的部位に該当する検査種および検査日につきまして、再度ご確認のうえ、ご記入をお願いします。

有（該当する検査の日付をご記入ください）

US / CT / MRI / RI （ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

無

※紹介状ならびに診療情報提供書（原本）につきましては、患者さんに当日持参するようお伝えいただくか、PET 画像診断センターまでご郵送をお願いいたします。

患者情報 空欄にご記入ください

（ふりがな）
・患者氏名：_____（男／女）
・体重：_____kg 身長：_____cm
・生年月日：（西暦 _____ 年）
T ・ S ・ H ・ R _____ 年 _____ 月 _____ 日
・住所：〒 _____ - _____

・日中ご連絡可能な電話番号：（自宅） _____ - _____ - _____
（携帯） _____ - _____ - _____
・PET 歴： 新患 / _____ 回目（前回 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
・糖尿病：（-） / （±） / （+） → インスリン / 内服薬 / 無

・除細動器（ICD）： 無 / 有 → 検査不可

・ペースメーカー： 無 / 有 → 手帳持参

・感染症： 無 / 不明 / 有（ _____ ）

備考欄

自立／杖歩行／車椅子／オムツ／酸素／その他（_____）