

PET-CT検査 申込用紙

脳神経筋センターよしみず病院 担当医 宛 年 月 日

紹介元医療機関名 電話番号

診療科

医師名

<患者情報>

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 (歳)	
住所		
電話番号	自宅 () 携帯 () 緊急連絡先 ()	
確認事項	身長 () cm 体重 () kg 糖尿病 有 ・ 無 感染症 有 (種類) ・ 無 閉所恐怖症 有 ・ 無 移動 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー 医療処置 有 () ・ 無 病名告知 告知済 ・ 未告知 (女性のみ) 妊娠の可能性 有 ・ 無 授乳 有 ・ 無 PET検査歴 有 ・ 無 アレルギー 有 () ・ 無 その他 () ※アミロイドPET検査のみ MMSE () 点 CDR () 点	
臨床診断		
検査項目	<input type="checkbox"/> アミロイド検査 <input type="checkbox"/> FDG検査 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (診断名) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断	
半年以内の 実施済み検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> シンチ <input type="checkbox"/> その他 ()	
臨床経過 既往歴 検査目的 等		

予約受付 月～金 9:00～17:00 (お申し込みは、土日・祝日を除く)

脳神経筋センターよしみず病院 地域医療連携室 TEL: 083-222-1782

FAX: 083-231-3882