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  必ず記入をお願いします CDR （ ）点 | |
| 臨床診断 |  | |
| 検査項目 | □ アミロイド検査 |  |
| * FDG検査 □ 悪性腫瘍 （診断名 ） * てんかん □ 大型血管炎 | |
| 検査目的 | □ 病 期 診断 □ 転 移 診断 □ 再発診断 | |
| 半年以内の実施済み検査 | □ CT □ MRI □ US □ シ ンチ □ 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 |