

PET-CT/PET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		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			
検査項目および 検査目的	☐ アミロイド検査 ☐ FDG検査 ☐ 悪性腫瘍 (診断名) → ☐ 病期診断 ☐ 転移診断 ☐ 再発診断 ☐ 心サルコイドーシス (診断目的の場合は下記※を要確認) → ☐ 炎症部分の診断 ※ ☐ 心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシス診断あり ※ ☐ 心臓病変を疑う心電図または心エコー所見あり ☐ てんかん ☐ 大型血管炎		
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