

検査当日お忘れにならないようお持ちください

地域連携用

## PET/CT 検査 確認票 (紹介元記入)

※ 必要事項をご記入の上、紹介状（診療情報提供書）と共に患者さまにお渡してください

フリガナ	
患者様氏名	様
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (男・女)

診断・病名 (早期胃がんをのぞく悪性腫瘍)	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫) <input type="checkbox"/> 自費検査 (悪性腫瘍の診断名がない場合)
持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他 ( )
保険適用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (インスリン・内服)
妊娠またはその可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

その他お気づきの点がございましたら、ご記入ください

〒501-3802 岐阜県関市若草通5丁目1番地  
中濃厚生病院 地域医療連携室 PET/CT 専用受付窓口 TEL (0575) 22-4647