

# PET-CT診療情報提供書 ( 原本 )

紹介先 名古屋医療センター  
FAX (052) 951-1207

年 月 日

★ 予約時間 8:30~17:00

★ 赤枠をすべて埋めてください。

※患者さんの登録を行いますので、各医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入頂くようお願いします。

医療機関名
医 師
電 話
F A X

フリガナ				〒	—		
氏 名				住 所			
性 別	男 . 女			身 長	cm	体 重	kg
生年月日	年 月 日 歳			電 話 番 号		携 帯 電 話	
				— —		— —	
臨床経過 既往歴等							
画 像 検 査	C T : 無 ・ 有 ( 年 月 日 )			病 理 検 査	無 ・ 有 ( 年 月 日 )		
	M R I : 無 ・ 有 ( 年 月 日 )			腫瘍マーカー	無 ・ 有 ( 年 月 日 ) 検査値		
	R I ( ソフト ) : 無 ・ 有 ( 年 月 日 )						
名古屋医療センター受診歴 無 ・ 有 ( 診察券番号 : )							
希望検査日 第一希望 : 年 月 日 午前・午後				第二希望 : 年 月 日 午前・午後			
※下記の質問の無または有に○をつけてください。							
難 聴	無 ・ 有	腎機能障害	無 ・ 有	酸素吸入	無 ・ 有		
認 知 症	無 ・ 有	糖 尿 病	無 ・ 有	PET検査歴	無 ・ 有		
ペースメーカー	無 ・ 有	インシュリン使用	無 ・ 有				
造影剤アレルギー	無 ・ 有	挿 入 物	無 ・ 有	(挿入物の種類 )			
閉所恐怖症	無 ・ 有	30分程度の静止	不可 ・ 可	レポート種類 画像診断報告書 + CD			
妊娠もしくは可能性	無 ・ 有	自力歩行	不可 ・ 可				

照会先 : 名古屋医療センター 電話 052-951-1111 (代表)