

# FDG PET 検査依頼書(兼)診療情報提供書

【送信先】 送信日 平成 年 月 日  
東北大学病院地域医療連携センター  
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号  
TEL 022 (717) 7131 (直通)  
FAX 022 (717) 7132 (直通)

【送信元】 医療機関名：  
所在地：  
電話番号：  
FAX番号：  
医師氏名：

※診療予約申込書と一緒にご送付ください。  
折り返し30分程度でPET検査連絡票をお送りいたしますので患者さんにお渡し願います。

※PET検査連絡票に患者さんへの注意事項を記載しておりますので、お手数ではございますが、主治医の先生より、患者さんへご説明くださいますようお願いいたします。

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		性別	男・女
氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	体重	(必須)
緊急連絡先			kg

▼ 疾患名に○をつけてください (原則として以下の保険適応疾患を受付けます)

- ・てんかん
- ・虚血性心疾患
- ・悪性新生物 (早期胃癌を除く)

[ 疾患名： ]

▼ 下記の該当項目に○をつけてください (必須)

- ・糖尿病を合併していますか? はい ・ いいえ
- ・妊産婦、授乳中である可能性はありますか? はい ・ いいえ
- ・心臓ペースメーカーを装着していますか? はい ・ いいえ

▼ 以下に依頼内容をご記入ください

--

※下記項目は、当院で記入します。

予約日時	月 日 ( ) AM・PM :	患者ID	- -
------	-----------------	------	-----