

FDG PET検査依頼書(兼)診療情報提供書

【送信先】

送信日 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 :

※事前送付書と一緒にご送付ください。

主治医の先生より、検査注意事項に沿って患者さんへご説明くださいますよう、お願いいたします。

●検査注意事項は、紹介患者オンライン予約システムの『予約する』→『放射線診断科』→『PET新患』のコメント欄にリンクを掲載しております。ダウンロードしてご確認ください

●特に、**絶食の指示**および**糖尿病の有無**については、必ずご確認ください。

検査内容や糖尿病の有無により、検査注意事項が異なります。

制限事項が守られていない場合、検査が受けられないことがあります。

●FDG薬剤は院内で生成するため、稀にはありますが、検査が遅れたり、中止になったりする場合があります。

※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	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	体重	(必須) kg
緊急連絡先			

▼保険適応の疾患名を記載して下さい

- ・悪性新生物(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)・大型血管炎
- ・虚血性心疾患・心サルコイドーシス

[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
- ・妊娠婦、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

--