

記入日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 医療法人公仁会 姫路中央病院 PET-CT・SPECTの診療情報提供書

【放射線科直通 TEL：079-235-7375 FAX：079-235-7377】

※受診当日は本状を持参してください。

医療機関名：

診療科名：

TEL：

医師氏名：

FAX：

希望日	第1希望	年 月 日 時	希望日備考欄		
	第2希望	年 月 日 時			
受診者 情報	フリガナ： 氏名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			今までに姫路中央病院を受診したことがありますか？	
	生年月日：_____ 年 月 日 生 誕 生 歳			<input type="checkbox"/> ある	
	連絡の取れる電話番号：_____			<input type="checkbox"/> ない	
				<input type="checkbox"/> 不明	
検査内容	検査希望項目にチェック <input type="checkbox"/> してください。※ PET/CT・SPECTは同日に検査できません。				
	PET/CT検査項目	<input type="checkbox"/> FDG-PET/CT 体重 kg			
	SPECT検査項目	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP) <input type="checkbox"/> DaTシンチ <input type="checkbox"/> 心筋交感神経機能シンチ(MIBG) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	臨床診断名：				
	検査目的・臨床経過・その他検査に関わる留意点(病名、手術、病理診断、患者様の状態等)				
告知	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	感染歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
30分静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (薬名 )	空腹時血糖	mg/dl	
			HbA1C	%	
アルコール過敏症※1	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
次回診	年 月 日	● CDR・読影結果は7~10日以内に郵送します。 ● その他希望がありましたら、記入してください。			
その他					

※1 DaT検査時のみ必要

2025年5月改訂

文管外-A-000006