

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 生年月日： 年 月 日生 歳 連絡の取れる電話番号：					今までに姫路中央病院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
	検査希望項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。※ PET/CT・SPECTは同日に検査できません。					
検査内容	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