

## PET/CT 検査申込書(医療機関用)

■申込日 平成 年 月 日

昭和大学横浜市北部病院

ふりがな：		感染症
患者氏名：		HCV ( + - 未 )
生年月日：	明・大・昭・平 年 月 日生	HBs抗原 ( + - 未 )
性別：	男・女	ワ氏反応 ( + - 未 )
医療機関名：		MRSA ( + - 未 )
		H抗体 ( + - 未 )
依頼医師名：		空腹時血糖値： mg/dl
		身長： cm 体重： kg
検査予定日：平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
薬剤アレルギー ( + - ) 喘息 ( + - ) 閉所恐怖症 ( + - )		
30分制止 ( + - ) 妊娠 ( + - )		
臨床診断(疾患名)：		
該当する診断項目にチェック願います		
※下記診断項目に該当しない場合、保険診療としてとりあつかうことができませんので、予め適応をご確認の上、お申し込み願います。		
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)の病期診断又は転移(原発の病名を臨床診断に記載をお願いいたします)		
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)の病期診断又は再発の有無		
臨床経過	※病理診断結果、腫瘍マーカー値、画像診断検査日(CT、MRIなど)、その他検査等	