

診療情報提供書（PET検査用）

年 月 日

紹介元医療機関の
所在地および名称

電話番号

医 師 名

印

FAX番号

患者情報

フリガナ 氏 名		性別 男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
住 所		電話番号		自宅 携帯 昼間に連絡のつく番号を記入してください。	

診療情報

診断・疑					
検査目的・ 既往歴・ 経過など	手術歴 ☐ 有り ☐ 無し				
すでに行った 検査	☐ 単純撮影 ☐ CT ☐ MRI ☐ Angio ☐ 内視鏡 ☐ 生検 ☐ その他()				
検査目的	☐ 病期診断 ☐ 再発診断 ☐ 転移検索 ☐ 原発不明癌 ☐ 大型血管炎 ☐ 検診 ☐ その他()				
保険適用の有 無	☐ 有り ☐ 無し（自費診療）				
検査部位	☐ 通常（頭頂から鼠径部） ☐ その他（四肢の腫瘍など目的と希望範囲を記入してください。）				
その他の 特記事項	（未告知など、特に注意することがあれば記入してください。）				

※高額な検査ですので保険適用を良くご検討いただき、患者さんに費用の説明をよろしくお願いいたします。

※連絡なくキャンセルされた場合は、ご用意した検査薬の費用（約5万円）を患者さんにご負担いただく場合があります。



大阪急性期・総合医療センター

(2025年7月版)