

# PSMA-PET検査依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

紹介元医療機関名

病院/医院

科 医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
ご住所・電話番号			
電話番号： - - 携帯番号等： - - ※ 日中つながる連絡先をご記入ください			

検査予定日時	年 月 日 ( ) 時 分 来院		
病名			
検査目的			
臨床経過等			
検査必要事項	使用歴のあるARSI		
	PSA値(3か月以内)	ng/ml ( 年 月 日計測)	
	CT(3か月以内)	年 月 日実施	
	骨シンチ	年 月 日実施	
	付属物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> ペースメーカー	
		<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 各種ドレーン <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	