FDG/PET-CT検査　紹介状（診療情報提供書）

＜氏名＞　　年　　月　　日

様

＜生年月日＞　＜性別＞

T・S
H・R　　年　月　日　　男　女

患者様TEL

紹介元
病院名
所在地
氏　名
TEL　　FAX
主治医

下記①～⑥の項目を全てご記載ください。

①検査予約日時	年　月　日（　）　時　分 ※予約時間の30分前にお越しください	**①-2　再診日（結果必要日）**	月　日
①-3絶食開始	時　分　**※絶食中は水のみでお過ごしください**		
②-1病名	☐悪性腫瘍（　　）※早期胃癌・白血病は保険適用外です ☐高安動脈炎・大型血管炎　☐心サルコイドーシス		
②-2病名詳細（臨床情報）			
③検査目的	☐病期診断　☐転移診断　☐再発診断 ☐治療効果判定※悪性リンパ腫のみ　☐原発巣の検索※原発不明癌のみ		
④事前検査 ※頭部検査は保険適用外です	検査種別　☐CT（日時　/　撮影部位　） ☐MRI（日時　/　撮影部位　） ☐レントゲン（日時　/　撮影部位　） 実施施設　☐自院　☐東名古屋　☐その他（　）		
⑤患者様のお身体の状態　**体重（　）kg** ☐ 心臓ペースメーカー　☐ 透析　☐糖尿病 ※植え込み型除細動器を挿入されている方は当院で検査することはできません。			

検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、東名古屋画像診断クリニックの対応に一任します。

医療法人　名古屋放射線診断財団
東名古屋画像診断クリニック
〒466-0851　名古屋市昭和区山手通二丁目7-7
0120-69-1714
＜電話受付＞
月～金／8:30～19:00
土／8:30～18:00　日・祝日休

2026.9