ＦＤＧ-ＰＥＴ申込書

申込み日　　年　　月　　日

フリガナ 患者氏名	病院名
性別　男・女　　年齢　　歳	診療科名
生年月日 T・S・H　　年　　月　　日	依頼医師名
身長　　cm　体重　　kg	患者連絡先電話番号（必ずご記入下さい）
臨床診断名（早期胃癌は保険適応外ですので ご注意下さい。） ・てんかん ・虚血性心疾患　・心サルコイドーシス ・悪性腫瘍（病名：　　）	撮影希望部位・事項　（詳しく）
臨床経過	

・患者状態	独歩　・　車椅子　・　ストレッチャー 約３０分の仰臥位は可能か？　　可　・不可
・糖尿病	（血糖値　　mg/dl） 有（インシュリン療法・内服薬・無治療）・　無
・ペースメーカー	有（　　）・　無　　ペースメーカー有の患者様は必ず 機種など分かりましたら　　ペースメーカー手帳をお持ち下さい。
・感染症	有（　　）・　無
・閉所恐怖症	有　・　無

*太枠内を全て記入のうえ、Ｆａｘにてご返送ください。

国立大学法人　三重大学医学部附属病院　ＲＩ検査室
Tel　059-232-1111（内線５３５１）
Fax　059-231-5467

患者 ID	検査日時 ２０　　年　　月　　日（　）
	時　　分