心臓血管センター　金沢循環器病院　PET 検査申込書

送　信　先	送　信　元
心臓血管センター　金沢循環器病院 〒920-0007　金沢市田中町は 16 FAX　076-253-0008 TEL　076-253-8085（PET センター受付）	

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名	M　T　S　H 生年月日　　年　　月　　日（男・女）
検査名	□FDG-PET　　□脳（O-15 ガス）PET　　□その他のシンチグラフィ
検査部位	□全身（頭頂部から大腿上部まで） □脳
病名	□ 肺癌　□乳癌　□大腸癌　□頭頚部癌　□膵癌　□食道癌 □ 悪性リンパ腫　□転移性肝癌　□子宮癌　□卵巣癌　□脳腫瘍 □ 悪性黒色腫　□原発不明癌　□虚血性心疾患　□てんかん □その他（　　）
施行した画像診断	□CT　□MRI　□RI　□US　□その他（　　）
腫瘍マーカー	（　　）異常　□あり　　□なし
糖尿病	□あり　□なし　（ありの場合：インスリン投与　□あり　□なし）
感染症	□STS　□HBV　□HCV　□HIV　□MRSA　□その他（　　）
検査目的	
その他、検査に関わる留意点等	

検査希望日時	□　第一希望　　年　　月　　日　　時頃 □　第二希望　　年　　月　　日　　時頃 □　日時を問わず、できるだけ早く