

## 紹介元医療機関

所在地

名称

科

電話番号

医師氏名

ふりがな

患者氏名 様 男・女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 歳

連絡先 電話番号 - - 自宅・勤務先

携帯電話 - -

住所 〒

疾患名 ☐ 前立腺癌  
☐ その他（ ）検査目的 ☐ PSMA標的療法の適応決定のため  
☐ その他（ ）検査結果 ☐ CT ☐ MRI ☐ RI  
検査の異常 無・有（ ）

※検査当日画像レポートを（可能ならばCD・フィルムなども）ご持参ください。

検査実施日

症状経過・主な検査所見等

既往歴及び家族歴

患者情報	● 体重	kg	● 手術歴	無・有（ ）
	● 放射線治療	無・有	● 化学療法	無・有（ ）
	● 移動	独歩・車椅子・寝台	● 妊娠	無・有（ か月 ）
	● 糖尿病	無・有	● 授乳	無・有
	● アレルギー	無・有（ ）	● 感染症	無・有（ ）
	● 閉所恐怖症	無・有		

検査予約日 年 月 日 （ ）

PET/CT検査同意書も一緒にFAXをお願いします。