

診療情報提供書（<sup>68</sup>Ga-PSMA PET/CT検査依頼用）

FAX送信用

## 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。


**KadMedic**  
医療法人社団 金沢先進医学センター

FAX : 076 - 260 - 8828