

# 診療情報提供書 (PET-CT検査依頼書)

平成22年4月現在

年 月 日

紹介先医療機関

白河厚生総合病院 PET画像診断センター 担当医師殿

下記の患者様を紹介致します。

病院・医院

科 医師

印

検査予定 (予約日時)		年 月 日 ( 曜日 )		時 分	
フリガナ		身長・体重		生年月日	
患者様氏名	身長	cm	明・大 昭・平	年 月 日	性別 男・女
	体重	kg			
患者様住所	〒		電話番号 (日中連絡の取れる場所もしくは携帯電話) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯電話 Tel _____		
患者様確認事項	糖尿病 有 (薬剤名: _____) ・ 無				
保険適用疾患	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) 悪性腫瘍名: _____ *必ず記入してください				
	<input type="checkbox"/> てんかん (難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する)				
	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 (虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常的心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限るものとする)				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
施行した画像診断	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI (含PET) <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> X-P その他 ( _____ )				
腫瘍マーカー異常の有無					
細胞診等の病理検査結果					
<臨床経過>					
内服薬 (注射)					
検査に必要な確認事項	有	無	30分程の静止	できる	できない
告知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検査中の付添	要	不要
感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	チューブ類	DIV	ドレーンチューブ ・ 酸素 ・ フォーレ
妊娠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歩 行	可	不可 ( 車椅子 ・ ストレッチャー )
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
腎機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[		]
オムツ使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

FAX: 0248-22-2289

①送信用FAX用紙及び紹介医療機関様 控