

# 診療情報提供書 兼 PET-CT (FDG) 検査予約申込書

紹介先医療機関

年 月 日

医療法人住友別子病院

紹介元医療機関名

放射線診断科

PET-CT 担当医師 先生侍史

〒

住所

診療科

科

医師名

印

## 紹介患者情報

フリガナ			生年	M・T・S・H	
氏名			月日	年	月 日 ( 歳)
住所					
電話番号	(必ず連絡の取れる電話番号)				
性別	男性・女性	身長	cm	体重	kg
検査希望日	① 月 日 (午前・午後)		② 月 日 (午前・午後)		
貴院での区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院				
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ( 癌) ※「疑い」では保険適応となりません				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )				
病理診断	<input type="checkbox"/> なし (理由 ) <input type="checkbox"/> あり ( )				
画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> その他 ※必ず画像データをご持参ください				
臨床経過	※なるべく詳細に記入してください				
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 いつ頃 ( ) <input type="checkbox"/> 化学療法 いつ頃 ( ) <input type="checkbox"/> 放射線治療 いつ頃 ( )				
検査説明	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (空腹時血糖値: mg/dl)				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
自立歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子・歩行器・杖) ※不可の場合は介助者の同行が必要となります				
介助者	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 → 介助者の同行承諾 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
約30分の安静	(仰臥位での静止) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ペースメーカー手帳をご持参ください ※除細動付ペースメーカーは禁忌				
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
妊娠または授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
認知機能の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				