

診療情報提供書

(¹⁸FDG-PET/CT 検査依頼書)

年 月 日

紹介先 厚生仙台クリニック
放射線科
山口龍生・下村英雄・荒井晃殿

紹介元 所在地
名称
電話番号
診療科
医師氏名

㊤

予約日時	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	時 分
フリガナ 患者氏名	_____様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 ()	電話番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)	職業	
傷病名 ・ 紹介目的	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く):	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断	
	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎	<input type="checkbox"/> 治療効果判定 (悪性リンパ腫のみ)	
検査部位	ルーチンスキャン (頭部～骨盤) 追加: <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 膝まで <input type="checkbox"/> 足先まで		
施行した画像診断:	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()		
病理診断:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 生検 () 手術標本 ()		
既往歴・手術歴及び家族歴:			
症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方など (PET検査に必要と思われるもの):			
身長 () cm 体重 () kg	移動:	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子	
糖尿病: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療中 (使用薬剤:)	ペースメーカー:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCVAb <input type="checkbox"/> その他 ()]	酸素吸入:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> DPC入院中	備考:		

FAX 0120-501-087 TEL 0120-501-799