

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

## PET/CT検査依頼票

紹介先医療機関

社会医療法人 岡村一心堂病院 担当医 宛

紹介元医療機関 所在地  
名称  
電話番号  
医師氏名

来院日時	平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
患者氏名	様 男・女		住所
生年月日	□ □ □ 明・大・昭 年 月 日 ( 才)		TEL
患者への告知	□有 □無	身長	cm 体重 kg
病名(疑い)			
PET受診歴	(□有 □無) 有の場合:平成 年 月 日		
検査目的	□病期診断 □再発診断 □転移検索 □その他( )		
撮像範囲			
病理診断検査	□施行している( ) □施行していない		
画像診断検査	□CT □MRI □US □RI □その他( )		
持参フィルム	□有 □無 (フィルムの持参をお願いします)		
病状経過及び 検査結果	(血液データにつきましては書式は問いません)		

患者情報	・現在の状況 □外来 □入院中 ・閉所恐怖症 □有 □無 ・糖尿病 □有 □無 ・感染症 □有 □無 ・妊娠 □有 □無 ( ) ・酸素 □要 □不要 ・アレルギー □有 □無 ・手術歴 □有 □無 ( ) ・移動 □独歩 □歩行器 □車イス □寝台車
------	---

FAX:086-942-9929