

# 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 明・大・昭 年 月 日 ( 才)		TEL
患者への告知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身長	cm 体重 kg
病名(疑い)			
PET受診歴	( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 有の場合:平成 年 月 日		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他( )		
撮像範囲			
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 施行している( ) <input type="checkbox"/> 施行していない		
画像診断検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他( )		
持参フィルム	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<p>・現在の状況 <input type="checkbox"/>外来 <input type="checkbox"/>入院中 ・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・糖尿病 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・感染症 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・妊娠 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ( ) ・酸素 <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要 ・アレルギー <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・手術歴 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ( ) ・移動 <input type="checkbox"/>独歩 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車イス <input type="checkbox"/>寝台車</p>
------	---

FAX:086-942-9929