

PET-CT検査紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

社会医療法人 岡村一心堂病院
担当医 宛

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
診療科名
医師氏名

検査日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分
------	---------------------

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳)
住所	〒 - TEL () 携帯	

※検査前に当院から直接患者様にご連絡させていただきますので、ご連絡先は必ず記入して下さい。

病名	悪性腫瘍確定病名（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）	告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり () ※希望なしの場合は頭部～大腿部		
病理診断検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
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 ()		
持参データ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	PET受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日)
病状経過および検査結果	身長 () cm		体重 () kg
留意事項	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合は検査不可)	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1 / 分)	
	手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		

※現在の状況 外来 入院中

地域連携室（直通）

TEL : 086-942-9932 / FAX : 086-942-9915