

紹介先医療機関

医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院 担当医 殿

ご紹介元医療機関

平成 年 月 日

住所
名称

TEL
FAX

診療科 医師氏名 印

PET検査依頼書(PET/CT)
(診療情報提供書)

| | | | |
|---------------|---|-----|------------------------------------|
| フリガナ 受診者氏名 | 殿 | 男・女 | 錦秀会共通診察券番号() |
| 受診者住所 | 〒 | | 生年月日 M・T・S・H 年 月 日生(才) TEL () |

(該当するところにチェック✓又は○をつけて下さい)

| 病 名 | | 検 査 目 的 |
|----------------------|---|--|
| 保険適用 | <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 肺癌(疑い) <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 乳癌(疑い) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌(疑い) <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌(疑い) <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脾癌 <input type="checkbox"/> 脾癌(疑い) <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーのみ上昇 <input type="checkbox"/> その他【 】 |
| 検査結果 | 画像診断 X-P ・ CT ・ MRI ・ US ・ RI ・ 他() | フィルム及び検査結果をなるべく当日ご持参下さい |
| | 病理診断 細胞診 ・ 組織診 ・ 未実施 | 検査結果のコピーをなるべく当日ご持参下さい |
| | 腫瘍マーカー 上昇 ・ 正常 ・ 未実施 | 血液検査結果のコピーをなるべく当日ご持参下さい |
| 手術歴 有・無 | 年 月 (術式・部位等) | 年 月 (術式・部位等) |
| 治療経過 | 【化学療法】や【放射線治療】がありましたら時期と内容をご記入下さい。 | |
| 既往歴・ 家族歴 症状経過等 | | |
| 現在の処方 | 内容は処方箋コピーなどを添付して下さい。当日の服用方法は主治医よりご指示下さい。 | |

| | | | |
|------------------------------------|--------------------|----------|------------------|
| 告知 | 無・有(説明内容) | 身長() cm | 体重() kg |
| 感染症 | 無・有()・未検査 | 妊 娠 | 無・有 閉所恐怖症 無・有 |
| 糖尿病 | 無・有(空腹時血糖値 mg/dl) | 酸素吸入 | 無・有 点 滴 無・有 |
| 有の場合は検査時血糖値が150mg/dl以下にコントロールして下さい | | 現在の状況 | 外来・入院(病棟名) |
| 腎機能 | 正常・異常(水分制限 無・有 ml) | 移動方法 | 独歩・杖・車椅子・ストレッチャー |
| 有の場合は検査時飲水量を(0~500mlで指定して下さい) | | 付き添い | 不要・要() |



医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院

阪和インテリジェント医療センター(HIMEC)

堺市中区深井北町3176 TEL 072-277-1412(直通) FAX 072-277-1136

必要事項をご記入の上、この用紙をファックスして下さい。 FAX 072(277)1136
 原本は患者様にお渡し下さい。