

診療情報提供書（PET/CT 検査依頼書）

東京西徳洲会病院 記載日 平成_____年_____月_____日
 放射線医学センター

PET・アイト-P部 宛 紹介元医療機関名_____
所在地 〒_____

TEL _____ FAX _____

検査予約日時 診療科_____ 依頼医師名_____

平成_____年_____月_____日(_____ 曜) 午前・午後 _____時_____分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・昭 大・平 年 月 日生(才)
住所	〒 _____		電話 _____
前回受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (徳洲会病院診察券No. _____)		

臨床診断	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 頭頸部癌 ()	<input type="checkbox"/> 肺癌	<input type="checkbox"/> 食道癌
<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 膵癌	<input type="checkbox"/> 転移性肝癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌
<input type="checkbox"/> 確定	<input type="checkbox"/> 子宮癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 原発不明癌	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫
	<input type="checkbox"/> 悪性黒色腫	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 他()			
画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他()			
病理診断	※未検の場合は理由を記載して下さい。			
腫瘍マーカー			支払区分	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費
臨床経過				

手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月	術式	
放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月	体重	Kg
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 未検
自立歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動、排尿	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 要介助 (介助者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		30分静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他留意点		