

# 診療情報提供書 (PET/CT検査依頼書)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

JA長野厚生連 長野PET・画像診断センター 担当医師殿

下記の患者様を紹介致します。

病院・医院

科 医師

印

検査予定 (予約日時)	平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分				
フリガナ	体 重		生 年 月 日		性 別
患者様氏名	体重 kg		明・大 昭・平	年 月 日	男・女
患者様住所	〒		電話番号 (日中連絡の取れる所・携帯)		
			自宅		
			職場		
携帯					
<b>診断名</b> (早期胃がんを除く全ての悪性腫瘍が適用になります)					
<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 肝がん (胆嚢癌) <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 腎がん <input type="checkbox"/> 尿管癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 精巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 (皮膚癌) <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 骨軟部悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腫瘍形成性膵炎との鑑別 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断					
施行した画像診断 (できれば施行月日をお願いします)					
CT	MRI	US	SPECT	X-P	内視鏡
手術歴 術式		病理診断			
臨床経過	身体所見	画像診断所見	腫瘍マーカー	臨床的経過観察等	
検査に必要な確認事項					
糖尿病		有・無	閉所恐怖症		有・無
→ 有の場合の治療の内容をお願いします (インシュリン					単位)
妊 娠		有・無	腎機能障害		有・無
感 染 症		有・無	→ その感染症の種類 (HCVなど)		
その他、検査に関わる留意点					
患者状態		PS	0・1・2・3		
車いす (有・無)		ストレッチャー (有・無)			

FAX 026-269-0555