

PET/CT検査紹介状(診療情報提供書)

FAX送信後貴院保管

医療法人 岡山画像診断センター

貴医療機関名

画像診断 担当医

診療科

住所

電話番号

担当医

(フルネーム)

印

検査予約日時：平成 年 月 日 時 分

(検査当日は45分前までにご来院ください。)

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日(歳)
患者氏名			身長	cm	体重		kg
患者住所			電話	(自宅)			(携帯)
臨床診断	肺癌 乳癌 大腸癌 頭頸部癌() 膵癌 転移性肝癌 原発不明癌 悪性リンパ腫 悪性黒色腫 食道癌 子宮癌 卵巣癌 脳腫瘍 てんかん						
検査目的	良悪鑑別 病期診断 再発診断 転移検索 他()						
他の検査	ガリウムシンチ CT MRI 他() 施行していない <small>※CT・MRI等の画像診断がすでに施行されている患者様が保険適応になります。(他院での検査でも結構です)必ず参考フィルムを患者様にお渡し下さい。</small>						
病理検査	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	告知	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
撮影範囲	<small>※特にご希望がない場合は眼窩～大腿基部までとなります。</small>						
結果の画像	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> フィルム	返送方法	<input type="checkbox"/> 患者持ち帰り	<input type="checkbox"/> 郵送		
紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方							
				腫瘍マーカー・その他			
				検査日	/	/	
				CEA			
				CA 19-9			
				CA 125			
				AFP			
				SCC			
				CRP			
検査前確認事項							
手術歴	年 月	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	年 月	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
化学療法	年 月	妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	年 月	1週間以内の Ba検査歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	年 月		検査日(年 月 日)				
放射線治療	年 月	付属物	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 輸液	<input type="checkbox"/> IVH		
	年 月		<input type="checkbox"/> その他()				
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> その他()			
(鎮静の必要、患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります)							

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。

FAX.(086) 234-5633

医療法人 岡山画像診断センター TEL.(086) 235-2511