

診療情報提供書 (PET-CT)

(FAX及び患者さん用)

紹介元医療機関名

京都府立医科大学附属北部医療センター

電話番号：

地域医療連携室 宛

診療科

科

紹介医お名前

印

* <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> できる限り早めで	<input type="checkbox"/> いつでも可能
<input type="checkbox"/> 検査日を希望される場合：第1希望 年 月 日 / 第2希望 年 月 日	
ふりがな	当院受診歴
患者氏名 様 性別 男・女	<input type="checkbox"/> 有 (ID)
生年月日 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 無
患者住所 (〒 -)	身長 cm
電話番号 ご自宅： 携帯電話：	体重 kg

保険診療確認事項 (保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください。)

PET検査歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日 医療機関名 ()									
撮像範囲	撮像範囲は頭頂部～大腿部までとなります。 *特に撮像範囲にご希望のある場合は撮像範囲とその理由を必ずご記入ください。									
確定診断	<input type="checkbox"/> 肺 癌 <input type="checkbox"/> 乳 癌 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 () <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> その他 ()									
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 ()									
病理診断検査	<input type="checkbox"/> 実施している () <input type="checkbox"/> 実施していない									
腫瘍マーカー										
臨床経過・検査目的等：										
治療歴	<table border="1"> <tr> <td>手術歴</td> <td>年 月 日</td> <td rowspan="4">術式・治療内容：</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>化学療法</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>放射線治療</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	手術歴	年 月 日	術式・治療内容：		年 月 日	化学療法	年 月 日	放射線治療	年 月 日
手術歴	年 月 日	術式・治療内容：								
	年 月 日									
化学療法	年 月 日									
放射線治療	年 月 日									

検査前確認事項 (必ずご記入ください)

現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (mg/dl)
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	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
60分ベッド上安静	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
検査台への移動	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 要介助	排尿	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 要介助
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 他 ()			

京都府立医科大学附属北部医療センター 地域医療連携室

〒629-2261 京都府与謝郡与謝野町字男山481 Tel：0772-46-6665 (直通) Fax：0772-46-5121