

PET/CT検査紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学成田病院
地域医療連携室

電話 0476-35-5601

FAX 0476-35-5588

貴院の名称

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

検査予約日時: 年 月 日(曜日) 時 分

(事前の準備がありますので検査当日は時間厳守で「地域医療連携室」にお越しください。)

(フリガナ)		性別	生年月日	M・T・S	年	月	日
患者氏名		男・女	身長	H・R 西 暦			歳
				cm	体重		kg
患者住所 電話番号	〒						
電話連絡が 可能な方	電話:	携帯:	緊急連絡先:				
	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外でも可		国籍				

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 病名()						
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 ※良悪性鑑別は保険適用外です <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫) <input type="checkbox"/> その他()						
持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> その他() ※CT・MRI等の画像診断がすでに施行されている患者が保険適用になります。(他院での検査でも結構です)必ず画像データを本人にお渡しください。						
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	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり() ※特にご希望がない場合は頭部～大腿基部までとなります。						

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過等	腫瘍マーカー・その他		
	検査日	/	/
	CEA		
	CA19-9		
	CA125		
	AFP		
	SCC		
	CRP		

検査前確認事項							
手術歴	年 月 日 部位()	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	年 月 日 部位()	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
化学療法 終了日時	年 月 日 治療 内容()	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	年 月 日 治療 内容()	心臓 ペースメーカー ICD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	型番()			
	年 月 日 治療 内容()	点滴等	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸血(末梢・CV)	30分の停止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※不可の場合 静止法()			
放射線治療 終了日時	年 月 日 照射部位()・(Gy)						
	年 月 日 照射部位()・(Gy)						
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	入院区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来				
患者様 動的介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(家族付添必須)	同月内CT検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	同月内Ga検査 (予定含)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族の同伴をお願いすることがあります。

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 画像データ(CD-R、フィルム)、検査の記録を添付してください。

国際医療福祉大学成田病院 地域医療連携室