

診療情報提供書 (FDG-PET 用)

年 月 日

紹介先 **松阪中央総合病院**
 医療機関名 〒515-8566
 松阪市川井町字小望 102
 TEL 0598-21-5252

紹介元
 医療機関名

担当医 **放射線科医師**

診療科

医師氏名

印

フリガナ		性別	紹介元 ID No.	松阪中央 ID No.
患者氏名	様	男・女		
患者住所				
電話番号		携帯番号		
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 歳 職業

傷病名	<input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済 病理診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (結果)				
紹介目的	検査種	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <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"/> その他 ()			
	診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 *自費: ¥100,600 (税込) での検査となります			
既往歴及び家族歴					
症状経過及び検査結果	腫瘍マーカー ()				
	事前の画像診断 (持参下さい)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療経過及び現在の処方の処方					
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖値 mg/dl) <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射			
チェック項目	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査できません)		感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査できません)		移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 要介護 (付添いが必要です)
備考					
検査日時	年	月	日	午前・午後 時 分 来院	