

診療情報提供書

年 月 日

医療法人社団高邦会 高木病院

PET-CT センター 宛

〒831-0016

福岡県大川市大字酒見 141-11

TEL 0944 (87) 0043

Fax 0944 (87) 0038

医療機関名

医師氏名

住 所

電話番号

FAX 番号

保険診療確認事項（保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入下さい）

※太枠内のみご記入ください

| | | | | |
|----------------------------------|--|-------------|-------------|-----------|
| 検査希望日 | 第1希望日 年 月 日 | 第2希望日 年 月 日 | 検査予定日 | 年 月 日 時 分 |
| 患者 | フリガナ | | 生年月日 | 大 昭 年 月 日 |
| | 氏名 様 男・女 | | 大 平 令 () 歳 | |
| | 住所 | | TEL | |
| | 今までに当病院を受診したことが： <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません | | | |
| 臨床診断 | | | | |
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 他 () | | | |
| 検査部位 | ※通常は頭部～大腿基部までとなります。撮影範囲にご希望のある場合はご記入下さい。 | | | |
| 既往歴及び手術歴 | | | | |
| 臨床経過・検査目的及び検査結果等 (病理診断・画像診断等) | 腫瘍マーカー：() ※検査施行時までには結果が分かりましたら必ずご連絡いただきますようお願いいたします | | | |
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨、ガリウムシンチ ※要、参照画像持参 (可能ならCD-Rで) *1か月以内のCT検査： 無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 () 検査日 () | | | |

その他確認事項

| | |
|--------------------|---|
| 患者情報 | 身長：() cm 体重：() kg 空腹時血糖値：() mg/dl |
| | 糖尿病： 無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> インスリン治療 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放置) |
| | ペースメーカー： 無 ・ 有 |
| | 妊娠の可能性： 無 ・ 有 (有の場合、PET 検査はできません) |
| | 移動方法： 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー |
| | 感染症： HBV (+・-・未) HCV (+・-・未) その他 () |
| 身体障害の有無： 無 ・ 有 () | |
| その他留意点 | |