

診療情報提供書 (PET/CT専用予約票)

平成 年 月 日

〒053-8506

〔医療機関〕住所

苫小牧市若草町3丁目4番8号

名称

王子総合病院 地域医療連携室

主治医

TEL : 0144-32-8111 (代表) 内線 373

TEL

TEL・FAX : 0144-33-3811 (地域医療連携室直通)

FAX

患者	フリガナ 氏名			受診歴	1 : 有 (I D 番 号)
		男・女		2 : 無	
	住所	〒 (自宅 ()) 連絡先 (())			
検査希望日					
検査目的 及び 臨床診断 □に✓してください	疾患名	実施済検査	依頼内容		
	□悪性腫瘍	□他の検査 □画像診断	□病期診断 □転移 □再発 の診断が確定できない患者 (早期胃がんを除く)		
	□てんかん		□難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者		
	□虚血性心疾患		虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイ アビリティ診断が必要とされる患者 (通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る)		
検査項目	□ PET-CT (Early)				
臨床経過 既往歴 手術歴 病理診断等					
患者様の状態	歩行可・車椅子・ストレッチャー 付き添い 有・無 ☆身長 cm 感染症 無・有 (HBS抗原・HCV・ワ氏・MRSA) ☆体重 kg 糖尿病 無・有 腎機能障害 有・無 造影剤過敏 有・無 妊娠の可能性 有・無 入院中の場合は□に✓してください □ 入院中 体内金属 有・無 ペースメーカー 有・無 他留意事項ありましたらご記入願います				
施行した画像診断	CT (月 日) MRI (月 日) RI (月 日) その他 () ※直近のCT, MRIなどの画像データを受診者に持たせてください。				

○ 本用紙をFAXで送り下さい。検査日が決まりましたら「検査予約完了票」をFAXしますので、患者様にお渡しく下さい。
 検査項目等不明な点は地域医療連携室までお問い合わせ下さい。