

PET検査申込書 (診療情報提供書)

様式2

市立三次中央病院

作成日：令和 年 月 日

放射線科 PET担当医

FAX 0824-65-0159

TEL 0824-65-0239 (地域医療連携室)

※受付時間は
平日(月～金)8:30～16:30です。

紹介元	名称	
	所在地	〒
	医師名	印
	TEL	
	FAX	

患者情報	フリガナ		旧姓		性別	男・女	
	氏名		生年月日	M・T・ S・H・R 年 月 日生 (歳)			
	現住所	〒					
	当院のID番号がございましたら 記入して下さい			-	-	職業	
	電話番号 複数記入可	①	自宅・職場・携帯	-	-		
		②	自宅・職場・携帯	-	-		
③		自宅・職場・携帯	-	-			

※検査希望日は2診療日以降の日を記入ください。(翌診療日の予約はとれません。)

検査希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 希望日あり		第1希望： 令和 年 月 日	第2希望： 令和 年 月 日		
傷病名				告知の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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 ()					
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時血糖値： mg/dl) (糖尿病薬： <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 内服)					
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：)					
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
その他 既往歴 家族歴						
身長・体重	身長： cm 体重： kg					
症状経過 検査結果 治療経過				腫瘍マーカー・その他 (血液データ)		
				検査日	/	/
				CEA		
				CA19-9		
				CA125		
				AFP		
				SCC		
				CRP		
血糖						
現在の処方						
その他						