

診療情報提供書 (PET/CT 専用予約票)

年 月 日

〒053-8506

〔医療機関〕

苫小牧市若草町3丁目4番8号

住所

王子総合病院 地域医療連携室

名称

TEL (代表) : 0144-32-8111 (内線385)

主治医

TEL (直通) : 0144-36-2383

TEL

FAX (直通) : 0144-33-3811

FAX

患者	フリガナ		当院 受診歴	1 : 有 (ID番号) 2 : 無
	氏名	男・女	生年月日 年齢	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	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	
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 他の検査 <input type="checkbox"/> 画像診断	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 再発 の診断 (早期胃がんを除く)	
	<input type="checkbox"/> 血管炎	<input type="checkbox"/> 他の検査	大型血管炎における <input type="checkbox"/> 病変の局在 <input type="checkbox"/> 活動性の判断	
	<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシスの診断 (心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性と診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る) <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断	
検査項目	<input type="checkbox"/> PET-CT (Early)		<input type="checkbox"/> PET-CT (心サルコイドーシス)	
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でお送り下さい。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。