

診療情報提供書（PET-CT検査用）

紹介先医療機関 令和 年 月 日

宮崎鶴田記念クリニック 担当医 殿

病院 / 医院 科 医師 印

検査予定 (予約日時)	令和 年 月 日 時 分				
患者様氏名	ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者様住所	〒 -	身長	cm	体重	kg
		電話番号	※昼間連絡がとれる番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他		
臨床診断	保険適用疾患：悪性腫瘍（早期胃癌を除く）				
注意事項	※ 腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等のみでの原発不明癌は保険適用がありません。 ※ 疑い病名では保険適用がありません。 ※ 病理診断による確定診断が得られない場合でも、高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば適用可能				
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 ※ 鑑別診断目的は保険適用がありません。				
	・ 施行した画像診断： <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他（ ） ・ 腫瘍マーカー：（ ）（ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高値 ）				
<臨床経過等>					
患者様情報	診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中（輸液・酸素・道尿・ドレーン）		30分程度の仰臥位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※糖尿病薬剤を検査当日に服用（投与）するのは避けてください。 ※検査当日の血糖値が200m l /dlの時は検査を中止する場合があります。		
	告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	透析
ウロストミー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
その他、検査に対する留意点等					