

診療情報提供書

平成 年 月 日

厚生仙台クリニック 山口 龍生・中川 学 殿

紹介元 名 称

診療科

医師氏名

㊟

予約日時	平成 年 月 日 ()		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	時 分
フリガナ 患者氏名	_____様		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 (-)		電話番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日 (歳)	職業	
病 名 ※早期胃癌を除く	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌(部位: _____) <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 胸腺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌* <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢・胆管癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 悪性中皮腫 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 (_____)			
	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎			
依頼検査	FDG-PET (PET-CT)	検査部位	<input type="checkbox"/> ルーチンスキャン (頭部～骨盤) <input type="checkbox"/> その他・追加部位 (_____)	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断	画像提供方法	<input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> その他	
施行した画像診断: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
病理診断: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 生検 (_____) 手術標本 (_____)				
腫瘍マーカー: (_____) 異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
炎症症状: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) WBC (_____) CRP (_____)				
既往歴・手術歴及び家族歴:				
症状経過・検査結果 (PET検査に必要と思われるもの):				
身長: (____) cm 体重: (____) kg 自立歩行: (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 [_____]				
糖尿病の有無: (<input type="checkbox"/> 現在治療中 / 既往に <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 酸素吸入: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
感染症の有無: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____]				
備考				

FAX 0120-501-087 TEL 0120-501-799