

診療情報提供書

①

〒583-0872 大阪府羽曳野市はびきの2-8-1 Tel 072-958-1000
医療法人 春秋会 城山病院 放射線科担当医 侍史

医療機関名		患者さま 情報	氏名(フリガナ)	
医師名			生年月日	
住所 電話番号	Tel() -		住所 電話番号	Tel() -

臨床診断・検査目的	
現病名・既往歴	
アレルギー・感染症	

PET-CT検査依頼票

検査予定日時	年 月 日() 午前・午後 時 分		
保険適用	<input type="checkbox"/> 保険適用 <input type="checkbox"/> 保険適用外(検診または自費検査)		
実施検査	組織診: <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 済み(<input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> positive<組織名: >) 腫瘍マーカー: CEA() CA19-9() SCC() CYFRA() Pro-GRP() その他() 画像診断: <input type="checkbox"/> CT() <input type="checkbox"/> MRI() <input type="checkbox"/> その他()		
歩行	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助要 *介助要の方は検査対象外です		
排尿管理	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助要(ハルンバックやオムツの使用も含む) *介助要の方は検査対象外です		
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *ありの方は検査できない場合があります		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *ありの方は検査できない場合があります		
30分の仰臥位姿勢	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 *不可の方は検査できない場合があります		
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血糖値	mg/dl <input type="checkbox"/> 未測定
所見の有無	要 ・ 不要	受け渡しメディア	CD/DVD ・ 不要