

紹介状(診療情報提供書)

年 月 日

聖隷浜松病院内 聖隷PETセンター PET検査担当医師宛

ID フリガナ 患者氏名 TEL : () 携帯 : () 生年月日 T・S・H・R 年 月 日生(歳)	性別 (男・女) 医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名 印 mail address
--	--

臨床経過等

診療区分 保険診療 自費診療でも良い 自費診療

保険診療確認項目(保険診療希望時記入)

臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 血管炎
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"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> その他()
実施している画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他()
当日持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他() 持参画像を当院で実施しているものについては不要
病理診断	<input type="checkbox"/> 実施している…… <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診 ()
	<input type="checkbox"/> 実施していない… <input type="checkbox"/> 困難(詳細)
	… <input type="checkbox"/> リスクが高い(詳細)
	… <input type="checkbox"/> 本人拒否 … <input type="checkbox"/> その他 ()
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 実施している(マーカー:値) (:)(:)(:)(:)
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 術式
放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 年 月 日
化学療法	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 年 月 日
同月内のRI(Ga)検査	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有

検査前確認項目(必須)

消化管造影検査(バリウム・ガストロ)の予定 無 ・ 有 (月 日 :)

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)
20分間の静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	日常生活介助	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(インスリン使用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)	<input type="checkbox"/> 酸素投与	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 人工肛門
ペースメーカー/ICD	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(機種_____)	<input type="checkbox"/> トイレ介助	<input type="checkbox"/> ストレッチャー

女性のみ記入

現在妊娠またはその可能性	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	授乳中	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
--------------	---	-----	---

その他留意事項

予約日 月 日 予約時間 :

住所 _____