

PET-CT 検査申込書 兼 診療情報提供書

日本赤十字社長崎原爆病院 地域医療連携課 宛

FAX番号 0120-845-262

(受付時間 月～金 8:30～16:30) 土、日、祝祭日、年末年始、5/1 休診

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

日本赤十字社長崎原爆病院

放射線科

先生

〒852-8511 長崎市茂里町 3-15 TEL (代)095-847-1511

PET-CTセンター 内線 1120

地域医療連携課 0120-845-261

医療機関名

所在地

TEL 番号

FAX 番号

医師名

㊞

必ず以下のすべての項目にご記入をお願いします

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	(旧姓)			年 月 日
住所	〒			TEL () 携帯電話
検査希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 出来るだけ早く		<input type="checkbox"/> 曜日希望	<input type="checkbox"/> 月 日以降希望
原爆病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身長: cm	体重: kg	入院中で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
確定病名:	※早期胃がんを除く ※疑い病名は適応外となります			
紹介目的:				
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※仰臥位での20分静止、個室での1時間待機 ができない患者さんは検査ができません			移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 車椅子
※ひとりで更衣、トイレができない患者さんは介助者が必要です			介助	<input type="checkbox"/> 必要→(介助者) <input type="checkbox"/> 不要
その他留意点:				

腫瘍マーカー測定	<input type="checkbox"/> 有 (マーカー名) 数値() (マーカー名) 数値() <input type="checkbox"/> 無	病理診断	<input type="checkbox"/> 有 結果() <input type="checkbox"/> 無
※検査中の場合はPET 前日までに結果をお知らせください。			
3か月内の画像検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> X線写真			

① 主訴 ② 既往歴及び家族歴 ③ 症状及び検査結果 ④ 治療経過 ⑤ 現在の処方

--

持参資料(有 無) X線フィルム CD-R 検査

(2016/2/25改訂版)