


診療情報提供書 (PET-CT検査用)

紹介先  社会医療法人 共愛会
戸畑共立病院

〒804-0093
北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号

TEL 0120-008-914 FAX 0120-008-915

予約日時: 平成 年 月 日 :

注意事項

1. 予約変更の締切: 検査前日の正午までにご連絡ください(中止含む)
休日はカウントしません。(例: 月曜日検査の場合は金曜日正午まで)
2. 下記の場合検査が出来ないこともあります。(可能な場合もありますのでご相談下さい。)
・日常動作が不良(自力で歩行、移動が不可能な方)
・オムツが必要な方
・妊娠の可能性がある方
・小児

【紹介患者情報】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。

フリガナ 患者氏名 生年月日 (<input type="radio"/> 明 <input type="radio"/> 大 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平) 年 月 日生	(<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女) (才)	住所 〒 - 電話() - 緊急連絡先() -
身長()cm 体重()kg	来院方法	<input checked="" type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車椅子 <input type="radio"/> スリッパ
保険者番号	公費負担者番号	
記号・番号	公費負担受給者番号	
被保険者名	被保険者との続柄	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族
糖尿病 (<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無)	インスリン注射 (<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無)	ペースメーカー・ICD (<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無)
		共立病院受診歴 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無

病名 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)	※他の検査、画像診断医より病気診断・転移・再発の診断が確定できない患者 ※疑い病名では検査出来ません

<input checked="" type="checkbox"/> てんかん(難治性部分てんかんで外科手術が必要とされる患者) <input checked="" type="checkbox"/> 虚血性心疾患(心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者)	

検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移再発 <input type="checkbox"/> 原発巣検索 <input type="checkbox"/> てんかん焦点 <input type="checkbox"/> 心筋バイアビリティ
1か月以内のCT・MRI等の検査日及びその時の読影所見を記入して下さい(FAX可) 同じ患者さんを繰り返す場合、6か月以上期間を空けて下さい(悪性リンパ腫の治療効果判定は除く)	
画像診断検査 + 画像読影所見	<input type="checkbox"/> CT 検査日(平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> RI () 検査日(平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> MR 検査日(平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() 検査日(平成 年 月 日)
病理診断	<input type="checkbox"/> 実施(実施の場合結果記載) <input type="checkbox"/> 未実施

病歴・臨床所見(出来るだけ詳細に記載してください。)

手術歴 (<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無)	平成 年 月 日
術式	

紹介元医療機関(名称、所在地、TEL)		平成 年 月 日
名称:	診療科:	
住所:	担当医(フルネーム):	
TEL: () -		