

診療情報提供書(PET検査依頼書)

平成 年 月 日

医療法人光陽会 魚住クリニック 担当医殿

病院・医院 科 外来 入院中 医師

(注)生活保護の場合は事前に福祉事務所への連絡が必要です

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分		
ふりがな	体 重	生 年 月 日	性 別
患者氏名	kg	昭 大・平 年 月 日	男・女
患者住所	〒 電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)		
臨 床 診 断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(保険診療:早期胃癌を除く悪性腫瘍) 臨床診断名:		
	<input type="checkbox"/> その他(自費):		
検 査 目 的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> その他(自費:)		
施 行 済 検 査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他() ※画像ならびに画像レポートのご提供をお願いします		
〈臨床経過など〉 手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

検査に必要な確認事項

告知の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	膀胱瘻	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
妊 娠	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	腎 機 能	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常
気管切開	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 感染症の種類
人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	糖 尿 病	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 空腹時血糖 mg/dl
30分静止	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可	移 動 方 法	<input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他留意点			

医療法人光陽会 魚住クリニック

〒862-0941熊本市中央区出水7-36-25

TEL 096-370-7111

①魚住クリニック行