

# PET-CT検査申込書 兼 診療情報提供書

記載日：

公益財団法人 田附興風会  
医学研究所 北野病院  
放射線科 担当 先生

地域医療サービスセンター  
TEL: 06-6131-2955 FAX: 06-6312-8620

紹介元医療機関について

所在地

名称

TEL

医師名

FAX

印

フリガナ 患者氏名 生年月日(西暦) 年 月 日生 ( 歳 ) 北野病院受診歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (患者番号： 住所 〒 - 電話 - -	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 検査日時 (予約時に北野病院からお伝えした日時) 月 日 時 分 <b>身長 cm ・ 体重 kg</b> 検査方法 <input type="radio"/> 頭部～骨盤 <input type="radio"/> 頭部～足
---	---

病名 (早期胃癌を除く悪性腫瘍)	検査目的	現在まで行われている検査
<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 骨・軟骨 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 胆道系 <input type="checkbox"/> 結腸・直腸 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 腎・尿路系 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 原発巣不明	<input type="checkbox"/> 病期診断 (治療前) <input type="checkbox"/> 病期診断 (治療後) <input type="checkbox"/> 転移の有無 (治療前) <input type="checkbox"/> 転移・再発の有無 (治療後)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 消化管撮影 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他

臨床経過等 (できるだけ詳しく)	(次回外来日： 年 月 日)
---------------------	----------------

異常所見 (できるだけ詳しく) <b>CTもしくはMRIの所見を必ず添付を お願い致します</b>	(画像所見) (腫瘍マーカー) 採血日： 年 月
---	--------------------------------

必要確認事項	糖尿病( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) [糖尿病の場合：空腹時血糖値 ( mg/dl) ] 感染症: HBV( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ), HCV( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ), HIV( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ) MRSA( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ), Tbc( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ) 合併症: 高血圧症( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ), 心疾患( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ), 人工透析( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) 妊娠( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) その他( ) ペースメーカーもしくは植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (有の場合：製品名 年代 )
--------	---

注意事項	検査に際し、段差の移動や20分程度の静止が必要になります。その為、ご自身での移動や意思疎通が可能な方に限らせて頂いております。また、直近で胃透視、注腸検査をされた場合は正確な結果がでない可能性がございます。一週間以上あけてお申し込みをお願い致します。
------	---

※背景がグレーの欄は必ずご記入くださいませ。

※印刷に関してのお願い 【来院時持参分】と【貴院控え】の2枚出力をお願い致します。

※CT・MRIを撮影していない場合は対応出来かねます。ご了承くださいませ。