

診療情報提供書(画像診断依頼書)

ゆうあいクリニック台場 片山 敦 先生

以下の患者様の画像診断をお願い申し上げます。

予約日時: 年 月 日 時 分

貴医療機関名	診療科	担当医師(フルネーム)
TEL: ()		

<input checked="" type="checkbox"/> PET/CT	(頭頂部から大腿基部まで) <input type="checkbox"/> CT不要	<small>※保険診療の算定要件では原則6か月以上の間隔をとることとされています。患者様の病状等によりどうしても短期間での検査が必要な場合は、その理由を詳しくご記載ください。 ※PET/CT装置の特性上、吸収補正は低線量CTで減弱補正を行います。</small>
<input type="checkbox"/> CT(単純) ※複数部位選択可能	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他()	
受診結果DISK	<input checked="" type="checkbox"/> 必要	<small>※ご不要の場合にはご連絡ください。</small>

ふりがな	性別	住所 〒
患者様名 様	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> S <input type="radio"/> H <input type="radio"/> 西暦 年 月 日	TEL: () 携帯: ()

臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢癌 <input type="checkbox"/> 胆管癌 <input type="checkbox"/> 肝細胞癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 腎癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 軟部組織腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 心筋サルコイドーシス(ヘパリンは使用しません) <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

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()	<small>※スクリーニングおよび良悪鑑別は自費となります。</small>
------	---	---

病理検査・腫瘍マーカー・臨床経過等	<small>※必ずご記入ください。</small>
-------------------	----------------------------

治療歴	手術歴 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 年 月 術式	化学療法 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 年 月
	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 年 月 術式	放射線治療 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 年 月

糖尿病	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (BS mg/dl)	3ヶ月以内のG-CSFの使用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
	<small>※糖尿病薬剤は検査当日の使用を避けてください。 ※空腹時血糖200mg/dlを超える場合はご相談ください。</small>	薬剤名: 最終使用日: 年 月 日

ペースメーカー	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	妊娠	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	現在状況	<input type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 入院中
体内金属	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()	感染症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()	30分静止	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可
人工肛門	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()	喘息	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	経口摂取	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可 ()
気管切開	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()	アレルギー	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()	自力歩行	<input type="radio"/> 可 <small>※自力歩行できない方は不可</small>

持込画像は、データ(DISK)のみお受けいたします。ゆうあいクリニックでの検査結果を直接依頼元の医療機関へ提供することについて受診者の同意がある場合に限り、本診療情報提供書をご利用ください。なお、特別な取扱いが必要な場合には、下記の電話番号へご連絡ください。

コールセンター臨床 FAX 045-548-1969 / TEL 045-540-8215
予約フリーダイヤル 0120-852-026

