

PET-CT検査申込書

【紹介先】

金沢医科大学病院 放射線科  
 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地  
 地域医療連携部  
 TEL：076-218-8219（直通）  
 FAX：0120-076-286

【紹介元】

医療機関名：  
 所在地：  
 電話番号：  
 FAX：  
 担当医： 印

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

希望時間：西暦		年	月	日( 曜日)	午前・午後	時	分
患者基本情報	フリカナ 患者氏名				旧姓	性別	生年月日 / M・T・S・H・R・西暦
						男・女	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 都・道 府・県 郡・市 区					
	携帯番号				自宅番号		
診療状況	【保険区分】	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 包括診療					
	【通院状況】	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中 ( 病棟 )					
	適用病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大動脈炎 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	手術歴	① 年 月 日 /術式 /病理診断 ② 年 月 日 /術式 /病理診断 ③ 年 月 日 /術式 /病理診断					
	既往歴及び家族歴						
	経過及び検査結果						
検査目的及び確認事項	検査目的						
	【身長・体重】			cm	kg		
	【糖尿病】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 空腹時血糖値： mg/dl (インスリン使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					
	【感染症】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ STS、HBV、HCV、HIV、MRSA、その他					
	【アレルギー】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名：					
	【ペースメーカー埋込】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 製品名： ※メドトロニック社製のペースメーカー埋込の方は検査できません。					
	【体内埋込】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒					
	【移動方法】	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝台					
	【被曝関連の説明と同意】	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族：					
	【妊娠】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 妊娠 ヶ月					
【授乳】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
【閉鎖恐怖症の確認】 ※仰臥位で30分静止	狭い機械の中で動かずに仰臥位のまま30分程度いることができますか？ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不安						
【持参画像の有無】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> X線 枚 <input type="checkbox"/> MRI 枚 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他( 枚)				
【結果報告の方法】	1. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙コピー <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2. <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )						

※この用紙をFAXまたは郵送する場合、個人情報保護に関しての十分な配慮をお願いいたします。

PET-CT検査申込書

【紹介先】

金沢医科大学病院 放射線科  
 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地  
 地域医療連携部  
 TEL：076-218-8219（直通）  
 FAX：0120-076-286

【紹介元】

医療機関名：  
 所在地：  
 電話番号：  
 FAX：  
 担当医： 印

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

希望時間：西暦		年	月	日(曜日)	午前・午後	時	分	
患者基本情報	フリカナ 患者氏名				旧姓	性別	生年月日 / M・T・S・H・R・西暦	
	住所	〒			男・女	年 月 日 ( 歳)		
	携帯番号	都・道 府・県			郡・市 区			
【保険区分】		<input type="checkbox"/> 保険診療		<input type="checkbox"/> 自費診療		<input type="checkbox"/> 包括診療		
【通院状況】		<input type="checkbox"/> 外来通院		<input type="checkbox"/> 入院中 ( 病棟)				
診療状況	適用病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍		<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス		<input type="checkbox"/> 大動脈炎		
		<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患		<input type="checkbox"/> てんかん		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	手術歴	①	年	月	日 /術式	/病理診断		
		②	年	月	日 /術式	/病理診断		
		③	年	月	日 /術式	/病理診断		
既往歴及び家族歴								
経過及び検査結果								
検査目的及び確認事項	検査目的							
	【身長・体重】	cm			kg			
	【糖尿病】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 空腹時血糖値：		mg/dl		(インスリン使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
	【感染症】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ STS、HBV、HCV、HIV、MRSA、その他						
	【アレルギー】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名：						
	【ペースメーカー埋込】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 製品名：		※メドトロニック社製のペースメーカー埋込の方は検査できません。				
	【体内埋込】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒						
	【移動方法】	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝台						
	【被曝関連の説明と同意】	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族：						
	【妊娠】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 妊娠 ヶ月						
【授乳】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
【閉鎖恐怖症の確認】	狭い機械の中で動かずに仰臥位のまま30分程度いることができますか？							
	※仰臥位で30分静止 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不安							
【持参画像の有無】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> X線 枚		<input type="checkbox"/> MRI 枚		<input type="checkbox"/> CT 枚	
	<input type="checkbox"/> その他( 枚)							
【結果報告の方法】	1. <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙コピー <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	2. <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )							

※この用紙をFAXまたは郵送する場合、個人情報保護に関しての十分な配慮をお願いいたします。