

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。

予約時間：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"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> てんかん					
	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						
	【体重】	kg					
	【糖尿病】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 空腹時血糖値： mg/d l (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					
	【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"/> その他(枚)		<input type="checkbox"/> MRI 枚、 <input type="checkbox"/> CT 枚		
【結果報告の方法】	1. <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙コピー <input type="checkbox"/> その他 () 2. <input checked="" 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、個人情報保護に関する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。

予約時間：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"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> てんかん					
	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						
	【体重】	kg					
	【糖尿病】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 空腹時血糖値： mg/d l (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					
	【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 checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 紙コピー <input type="checkbox"/> その他 () 2. <input checked="" 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、個人情報保護に関する十分な配慮をお願いいたします。