

PET/CT予約申込書 兼 診療情報提供書

杏林大学医学部付属病院
患者支援センター地域医療連携係
FAX 0422-44-6897

記載日 年 月 日

検査希望日 第一希望 月 日 (曜日) 時頃 第二希望 月 日 (曜日) 時頃 第三希望 月 日 (曜日) 時頃 ご都合の悪い日 予約希望日の記入が無い場合又はご都合の悪い日のみ記入の場合は一番早い日程でご予約をお取りいたします		紹介元医療機関 医療機関名 所在地 〒 電話番号 FAX番号 診療科 医師名 印	
杏林受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃) (ID)			
フリガナ 患者氏名 (旧姓)		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和) 年 月 日 (歳) 身長 cm 体重 kg
住 所 (〒 -)			
電話番号(※) 自宅 - - 携帯 - -			
通院状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 年 月 日)	移動手段	<input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 歩行(要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 ※自力でトイレ・ベッドへの移動ができない場合は不可
日本語	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(言語:)		
診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療: <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌除く) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイ <input type="checkbox"/> 大血管炎 <input type="checkbox"/> 自由診療: <input type="checkbox"/> アミロイド※要相談 <input type="checkbox"/> 保険適用外(希望含む)		
臨床診断		検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ)
病理診断	<input type="checkbox"/> 病理診断有: 病理診断名() 実施日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 病理診断無: 診断根拠()		
画像検査歴	実施日 年 月 日(概ね3か月以内) ※同一月内にG a 施行の場合は保険算定不可 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> Ga <input type="checkbox"/> その他()		
既往歴及び家族歴	※薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
病状経過及び検査結果			
現在の処方	※糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤)		
手術歴	手術 年 月 日 (術式)	化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(最終 年 月 日)
		放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(最終 年 月 日)
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 高値(項目/値)	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 除細動器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聾 啞 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> 検中 HBV HCV HIV Tbc W氏	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 可能性あり
		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
告知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
おむつの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30分程度の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

FAX受付時間 平日 9:00~18:00 土曜日 9:00~12:00 (FAXは24時間受信可能)

受付時間外の申し込み分は翌診療日の返信になりますのでご了承ください

休診日: 日曜、祝日、年末年始(12/29~1/3)、創立記念日(11/11)

(※)検査前日は、当院よりお電話させていただきますので、日中つながる電話番号のご記入をお願いいたします