

診療情報提供書

記載日

年 月 日

紹介先医療機関名

福岡和白PET画像診断クリニック

紹介元医療機関の所在地および名称

〒

担当医 放射線科

殿

TEL :

FAX :

検査日時	年	月	日	時	分	診療科	科	医師氏名	印		
フリガナ 患者氏名						性別	男・女	身長	cm	体重	kg
患者住所	〒										
電話番号	携帯番号										
生年月日	大正・昭和・平成・			年	月	日	(歳)	職業			

傷病名											
検査目的											
病理診断(必須)	※確定できない場合にはその理由を記載下さい。										
画像診断	CT (年 月 日 : 直近の検査日を記載下さい。) MRI ・ US ・ RI ・ MMG ・ XP ・ その他 ()										
腫瘍マーカー値 (月 日)	TNM分類										
既往歴及び家族歴											
臨床経過											
今後の診療予定											
手術歴	年 月 日 術式 : 、 年 月 日 術式 :										
現在の処方											
現在状況	外来 ・ 入院中				閉所恐怖症		有 ・ 無				
送迎希望	有 ・ 無				糖尿病		有 (空腹時血糖 mg/dl) ・ 無				
移動方法	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー				腎機能		正常 ・ 異常 (飲水500ml 可・不可)				
20分静止	可能 ・ 不可 (静止方法)				妊娠可能性		有 ・ 無				
高カロリー輸液	有 () ・ 無				告知		有 () ・ 無 ()				
喫煙	有 (本/日 ・ 年) ・ 無				喘息		有 ・ 無				
その他留意点 必要な処置等					アレルギー		有 () ・ 無				

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 画像診断の電子データ、検査の記録を添付して下さい。
※インターネットでも診療情報提供書を送信できます。

福岡和白PET画像診断クリニック
〒811-0213 福岡市東区和白丘2-2-76
TEL 092(608)1166 FAX 092(608)1515
<http://www.fwpet.net>