

# 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							
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	送迎希望	有・無	ペースメーカー	有・無	業者立会い	要・不要
閉所恐怖症	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				
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。

社会医療法人財団 池友会  
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