

診療情報提供書

フリガナ
患者名

男・女

予約日時

生年月日 年 月 日

年 月 日
時 分

TEL (携帯)

貴医療機関名

住所 〒

診療科 外来・入院中 依頼医

★保険適用の可否で迷われた際は、予約時にご相談ください。

※保険適用 【悪性腫瘍（早期胃癌を除く）】

臨床診断

- 脳腫瘍 頭頸部癌 骨腫瘍 胃癌(早期を除く)
肺癌 乳癌 肝癌(転移性) 膵癌
大腸癌 前立腺癌 子宮癌 卵巣癌
腎癌 悪性リンパ腫 原発不明癌
その他 ()

検査目的

- 良悪鑑別 病期診断 再発診断 転移検索
その他 ()

検査臨床経過等

病名： _____ 病理検査： _____

★放射線検査に伴う検査説明・同意をしました

腫瘍マーカー（検査日 / / ）
 マーカー値： ↑・↓ : ↑・↓
 ↑・↓ . ↑・↓

添付書類

単純X線 CT MRI US その他 ()

PET検査歴 無 有（検査施設 当院・他（施設名））
 ペースメーカー 無 有（使用機種等）
 感染症 無 有（HBsAG -・+ HCV -・+ その他）
 腎機能障害 無 有（水分摂取 不可 可）
 糖尿病 無 有

糖尿病薬剤の検査当日服用・投与は避けてください。
 空腹時血糖200mg/dl以上の場合は事前に血糖のコントロールをお願いします。

自立歩行 可 不可（杖・介助・車椅子）
 不可の場合はベット移動・トイレ介助ができる介助者が2人以上必要になります。

認知症 無 有
 告知 告知 未告知

教育・研究等の資料としての使用について 可 不可

次回診察日 月 日