

# 診療情報提供書 (FDG-PET/CT紹介用)

年 月 日

紹介先医療機関名

富岡市富岡2073-1

富岡地域医療事務組合

公立富岡総合病院

PET/CT担当医 先生御侍史

紹介元医療機関の所在地

名 称

電 話

医師氏名

印

フリガナ		電話番号	
患者氏名			
患者住所		性 別	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)	職 業	

病 名	
適応及び 検査目的 (該当項目に必ずチェックをお願いします。)	<p><b>【A 腫瘍性病変】</b> ①②ともにチェックをお願いします。</p> <p>① <input type="checkbox"/> 病理診断の確定した悪性腫瘍 (早期胃癌を除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床的判断による悪性腫瘍 (高い確率で悪性腫瘍と考えられる)</p> <p>具体的検査目的</p> <p>② <input type="checkbox"/> 治療前の病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療後の腫瘍残存の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 治療法変更の為の restaging <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定</p> <p><b>【B 非腫瘍性病変】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 外科切除が必要とされる難治性部分てんかん</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患 (ほかの検査で診断のつかない心筋のバイアビリティ診断、心サルコイドーシスの活動性病変の評価)</p>
症状経過	<p>※臨床的判断による悪性腫瘍 (高い確率で悪性腫瘍と考えられる) により検査をご依頼いただく場合は、<u>腫瘍マーカー値だけでなく、画像診断などの結果もないと検査できません</u>ので下記のチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 下記の画像診断が、約3か月以内に施行されている</p> <p><input type="checkbox"/> X-P、<input type="checkbox"/> エコー、<input type="checkbox"/> CT、<input type="checkbox"/> MRI、他 ( )</p>
治療経過	
検査結果	
現在の処方	
備 考	

※その他問い合わせ等ございましたら富岡総合病院放射線技術科 (0274-63-2111) までお願いします。