

# 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>