

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	症例1					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	肺癌										
検査目的	病期診断										
病理診断(必須)	気管支鏡下生検施行したが、確定診断得られず ※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	CEA高値										
既往歴及び家族歴											
臨床経過	<p>右肺上葉に直径20mmほどの充実性結節が認められる。気管支鏡下生検を施行したが、組織学的な確定診断が得られていない。</p> <p>しかし、スピキュラや胸膜嵌入像を伴う結節であり、CEA高値も認められ臨床的には高い蓋然性をもって肺癌と診断される病変である。</p> <p>治療前の病期診断としてFDG PET/CTを依頼します。</p>										
今後の診療予定 (診療方針)											
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