

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

〒 ー

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 2					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)	ワーファリン投与中のため組織確認困難 ※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	右肺尖に直径15mmほどのノッチやスピキュラを伴う充実性結節が認められる。画像上は肺癌と考えるが、ワーファリン投与中であり組織の確認が困難である。縦隔リンパ節腫大がやや目立ち、これが転移であるか否かは治療方針に大きな影響を与える。手術予定であるが、病期診断目的にて FDG PET/CT 依頼します。										
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