

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 4	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	膵癌
検査目的	転移検索
病理診断(必須)	Biopsy不可 ※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	膵体部に多房性の直径30mmほどの嚢胞性病変が認められる。内部に充実性部分が認められ、悪性腫瘍と考える。また腫瘍マーカーの上昇もあり、膵癌と診断した。 手術予定のため転移検索目的にて FDG PET/CT 依頼します。
今後の診療予定 (診療方針)	他に転移無ければ手術
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