

PET検査依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

紹介元医療機関名

病院/医院

科 医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日 (歳)
ご住所・電話番号			
電話番号： - - 携帯番号等： - - ※ 日中つながる連絡先をご記入ください			

検査予定日時	年 月 日 ()	時 分	来院
病名		告知	有・無
検査目的		入外区分	入院・外来

臨床経過等	
-------	--

検査必要事項	最近3カ月に行った画像診断	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI検査
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	ありの方	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 食事療法のみ
	付属物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 各種ドレーン <input type="checkbox"/> その他 ()
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	飲水制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	