

診療情報提供書

医療法人社団NIDC セントラルクリニック世田谷

院長 中島 康雄 先生

(貴院控)

◆貴医療機関名

病院・医院・診療所・クリニック
科 先生

住所
TEL ()
FAX ()

(フリガナ)
患者名

生年月日： 年 月 日 (男・女) 様
電話番号： ()
住 所：
職 業：

検査日： 年 月 日
午前・午後 時 分
報告書希望日： 月 日 時 分

画像媒体
 CD
 フィルム

紹介 目 的	<input type="checkbox"/> PET/CT	頭部のみ ・ 眼窩部から大腿基部 ・ その他() 病期診断 ・ 転移・再発診断 ・ その他()
	<input type="checkbox"/> MRI	頭部 (眼窩・副鼻腔・聴器・下垂体・顎関節) 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎・頰胸椎・胸腰椎・仙尾骨) 頸部 (咽頭・喉頭・甲状腺) 四肢 (肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・手指骨) (大腿・膝関節・下腿・足関節・踵骨・足趾骨)
	<input type="checkbox"/> CT	胸部 (肺野・縦隔)・乳房・心臓 下肢 (動脈・静脈) 腹部 背部 骨盤腔 前立腺 股関節 その他 ()
	造影剤使用	無・有・一任→ Cr値： [mg/dL] eGFR値： [ml/min/1.73m ²]

※検査装置および検査部位を選択してください。造影検査を行う際にはCr値またはeGFR値をご記入お願いいたします。
CT造影検査ではビグアナイド系糖尿薬禁忌となります。
装置毎に検査部位が異なる場合や、左右の指定がある場合には、部位の横の空いているスペースにご記入ください。

臨床診断名 (傷病名)	
施行済み検査	X-p ・ CT ・ MRI ・ US ・ 腫瘍マーカー ・ その他 () ※PET検査は保険で撮影を行う場合、事前検査が必要になります。ご記入をお願い致します。
既往歴 家族歴 臨床経過 処方等	体重 kg

糖尿病	無・有・血糖(mg/dl)	HBS抗原	-・+	現在状況	外来・入院中
ビグアナイド系	無・有→()	HCV抗体	-・+	背臥位	可・不可
ペースメーカー	無・有	感染症	無・有→()	自力歩行	可・車椅子・ストレッチャー
体内金属	無・有→()	喘息	無・有→()	酸素	無・有→(l/min)
透析	無・有→()	アレルギー	無・有→()	妊娠	無・有→(週)