

# PET検査予約申込書 兼 診療情報提供書

※お電話でご予約の後、この様式をFaxしてください。

〒113-8677  
 東京都文京区本駒込三丁目18番22号  
 がん・感染症センター東京都立駒込病院  
 放射線診療科部長 宛  
 Fax: 03-4463-7537 (医療連携室)  
 Tel: 03-3823-2101 (代表)

【医療機関】  
 住所 : \_\_\_\_\_  
 名称 : \_\_\_\_\_  
 主治医 \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_

フリガナ 患者氏名 _____ 様	性別 男・女	※当院で以前に診療や検査を受けたことがありますか (ある・ない)
生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	Tel _____	Tel _____
〒 _____ 住所 _____	※ご本人に連絡の取れる電話番号をご記入ください	
検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

〔傷病名〕 : _____
〔検査目的〕 : <input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 原発不明診断 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
〔症状経過・検査結果・治療結果〕          
〔既往歴及び家族歴、備考〕      

○患者情報(記載あるいはチェックして下さい)

▲移動: 独歩・杖歩行・車いす	▲手術歴: 無・有( _____ )
▲妊娠: 無・有( _____ ヶ月)	▲化学療法: 無・有( _____ )
▲授乳: 無・有	▲放射線治療: 無・有
▲アレルギー: 無・有( _____ )	▲閉所恐怖症: 無・有
▲感染症:	
▲糖尿病: 無・有( 治療法: 食事のみ ・ 経口剤 ・ インスリン ・ その他 _____ )	
血糖値 採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )mg/dl	
HbA1c 採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )%	
身長 _____ cm	体重 _____ Kg
▲埋め込み型除細動器: 無 ・ 有	▲埋め込み型ペースメーカー: 無 ・ 有
メーカー名( _____ )	( _____ )

※Fax送信後この用紙は、受診日にご持参くださいますよう、患者さまにお渡しください。