

診療情報提供書(PET心サルコイドーシス専用依頼書)

記載日 年 月 日

■ 紹介先 ■

札幌南三条病院 地域連携室

〒060-0063 札幌市中央区南3条西6丁目

直通FAX 011-233-3020

直通TEL 011-233-3010

■ 紹介元医療機関 ■

住所 〒 -

名称

TEL

FAX

診療科医師氏名

科

フリガナ			患者様住所	〒	-
患者様氏名	様	男・女		自宅)	-
生年月日	(大・昭・平)	年 月 日(歳)	電話番号	携帯)	-

※自宅・携帯両方ともにご記入をお願いします。

■ 紹介目的 ■ ※をお願いします

検査依頼(放射線科)

*読影レポートは後日発送

検査名	確認事項	撮影部位	撮影方法	読影	単純
<input type="checkbox"/> FDG-PET	DM <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服・インスリン・無治療) FBS() HbA1C() ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / ICD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / CRT-D <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 会社名() 品名()	頭蓋底～骨盤腔	単純	有	CD-Rのみ

■ 保険適応疾患 ■ ※下記内容を必ずご確認ください。

心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
(心サルコイドーシスの確定病名が必要です。)

※診断に関連した資料がある場合は、その添付もお願い致します。

*読影レポートは後日発送

傷病名					
症状経過、検査結果、治療経過、現在処方等(別紙可)					
資 料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CD-R・フィルム・その他) (持参・郵送)				
A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	付き添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師		
貴 院	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
要望事項					
留意事項					