# ＰＥＴ／ＣＴ予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0422-44-6897　PFMセンター地域医療連携室　　記載日　　年　　月　　日

| 紹介先医療機関　杏林大学医学部付属病院<br>希望日<br>第一希望　　月　　日（　　曜日）　　時頃<br>第二希望　　月　　日（　　曜日）　　時頃<br>第三希望　　月　　日（　　曜日）　　時頃<br>ご都合の悪い日<br>予約希望日の記入が無い場合又はご都合の悪い日のみ記入の場合は一番早い日程でご予約をお取りいたします。 | 紹介元医療機関<br>医療機関名<br>（〒　　－　　）<br>所 在 地<br>電話番号<br>FAX番号<br>診 療 科<br>医 師 名　　印 |
|---|---|

杏林（本院）受診歴　□無　□有（　　年　　月頃）　（ＩＤ　　）

| フリガナ<br>患者氏名<br>（旧姓　　） | 性別<br>□男<br>□女 | 生年月日（□大正　□昭和　□平成　□令和）<br>年　　月　　日（　　歳）<br>身長　　cm　体重　　kg<br>妊　娠　□無　□有　□可能性あり |
|---|---|---|

住　所　（〒　　－　　）

電話番号(※)　自宅　　－　　－　　携帯　　－　　－

| 通院状況 | □外来　□入院中<br>（退院予定日　　年　　月　　日） | 移動手段 | □単独歩行　□歩行（要介助）　□車椅子<br>※自力でトイレ・ベッドへの移動ができない場合は不可 |
|---|---|---|---|
| 日 本 語 | □可　□不可（言語：　　） | | |
| 診療種別 | □悪性腫瘍（早期胃癌除く）　□てんかん　□虚血性心疾患　□心サルコイドーシス　□大血管炎<br>□初発悪性神経膠腫（摘出範囲決定の補助）　□保険適用外（希望含む） | | |
| 臨床診断 | | 検査目的 | □病期診断　□転移検索　□再発診断<br>□治療効果判定（悪性リンパ腫のみ）<br>□その他（　　） |
| 病理診断 | □病理診断有：診断名（　　）実施日　　年　　月　　日<br>□病理診断無：診断根拠（　　） | | |
| 画像検査歴 | 実施日　　年　　月　　日（概ね3か月以内）※同一月内にＧａ施行の場合は保険算定不可<br>□ＣＴ　□ＭＲＩ　□ＲＩ　□Ｇａ　□その他（　　） | | |
| 既往歴及び家族歴 | *薬物アレルギー　□無　□有（　　） | | |
| 臨床経過（治療経過、投薬内容等） | □別添あり<br>*糖尿病薬　□無　□有（　　）<br>*休薬指示　□無　□有（　　）　月　日　時から休薬 | | |
| 手 術 歴 | 手術　　年　　月　　日<br>（術式　　） | 化学療法 | □無　□有（最終　　年　　月　　日） |
| | | 放射線治療 | □無　□有（最終　　年　　月　　日） |
| 腫瘍マーカー | □正常範囲<br>□高値（項目/値　　） | ペースメーカー | □無　□有 |
| | | 除細動器 | □無　□有 |
| 感 染 症 | □無　□有　□未検　□検中<br>□ＨＢＶ　□ＨＣＶ　□ＨＩＶ<br>□Ｔｂｃ　□W氏　□他（　　） | 難　聴 | □無　□有 |
| | | 聾　唖 | □無　□有 |
| | | 閉所恐怖症 | □無　□有 |
| 告　知 | □無　□有 | 認 知 症 | □無　□有　□不明 |
| おむつの使用 | □無　□有 | 30分程度の静止 | □可　□不可 |

【FAX受付時間】平日　9：00～18：00　土曜日　9：00～12：00　（FAXは24時間受信可能）
受付時間外の申し込み分は翌診療日の返信になりますのでご了承ください。
【外来休診日】日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）・11月第2土曜日（学園創立記念日代替日）
(※)検査前日は、当院よりお電話させていただきますので、日中つながる電話番号のご記入をお願いいたします。

2026.8.1更新