

### 診療情報提供書

九州大学病院 核医学・PET センター 担当医 殿

予約検査予定日 年 月 日

〈紹介元施設〉

医療機関名	診療科	連絡先(電話・FAX)	担当医師名(フルネーム)
	科	電話 FAX	

〈紹介患者情報〉

フリガナ			
お名前			
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	歳
住所			
九大受診歴	<input type="checkbox"/> あり (わかれば ID ) <input type="checkbox"/> なし		
病名 生検の有無	病名	生検( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) 組織型:	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 ・ <input type="checkbox"/> 転移再発診断 <input type="checkbox"/> その他( )		
最近実施した画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI		
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
インスリンの使用	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
身長体重	cm	kg	
臨床情報(過去の手術歴等)			