

フルシクロビン PET 検査依頼票 (診療情報提供書)

検査日： 年 月 日 () 来院時間 8:30 に来院

患 者 様	フリガナ 氏名		性別 男・女	貴 機 関	医療機関名
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)				診療科名： 脳神経外科
	身長 cm	体重 Kg			担当医師(フルネーム)
	住所 〒 -				住所 〒
電話番号 (本人・家族) - - (必ず日中に連絡が取れる電話番号をお願いします)					TEL： FAX：

病名	脳腫瘍・悪性神経膠腫疑い				
検査目的	<input type="checkbox"/> 初発の悪性神経膠腫が疑われる患者に対して、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的として				
既往・家族歴、臨床経過等(貴院の書式を添付頂いても結構です。)					
検査前確認事項					
[感染症]	なし・あり ()	[合併症]	なし・あり ()		
[アレルギー]	なし・あり ()	[妊娠可能性]	なし・あり		
[ペースメーカー等、埋め込みデバイス]	なし・あり ()				
[移動方法]	独歩・車イス・ストレッチャー (患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いする場合がございます。)				
[現在の状況]	外来通院中・入院中				
	次回受診日	月	日	(画像所見の FAX 希望 : 要 ・ 不要)	
	※ 同一月にその他の核医学検査の撮像 : なし ・ あり(医療機関名 :)				
	・他に検査時に必要な処置・留意点など ()				
現在の処方 :					

公益財団法人操風会岡山旭東病院 画像センター受付

FAX : 086-276-5680(直通) / TEL : 086-276-5670(直通) ・ 086-276-3231(代表)