

⁶⁸Ga-PSMA PET-CT検査申込書兼診療情報提供書

A

社会医療法人財団大和会
 武蔵村山病院 画像診断・PETセンター
 予約電話 **042-566-3534**
 FAX番号 **042-566-3318**

紹介元医療機関名

科 医師名

来院受付日時 年 月 日 () 時 分

患者様情報			
フリガナ	大和会共通ID		
氏名	男	生年月日	身長、体重
	女	年 月 日	cm kg
住所			
電話番号	自宅	携帯	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 付添
検査情報			
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 ※PSMA標的療法の適応判定目的(核医学治療) <input type="checkbox"/> 自費診療 ※病期診断、再発転移診断、PSMA標的療法含む治療効果判定等		
疾患名			
検査理由 保険適応理由			
手術歴 治療歴	手術	年 月 日	術式 ()
	ホルモン療法	年 月 日	
	化学療法	年 月 日	
	放射線治療	年 月 日	
病理診断			
腫瘍マーカー			
持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨シンチグラフィー		
確認事項	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(透析日: 月 火 水 木 金 土 日)
	歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	(<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー)
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
その他 留意点等			
次回外来日時	年 月 日 ()	時 分	

この用紙と C 同意書をFAXでお送りください。