徳島赤十字病院　放射線科部　担当医師宛

◇予約申込みFAX：　0120-308-739

◇予約変更およびキャンセル：0885-32-2555（内線5221）　　　　　申込日　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 最直近日を希望  ↑撮影可能な最寄の日をこちらで決定させてもらいます。 | □する　　□しない |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 診療科 |  |
| 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 第2希望日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 第3希望日 | 年　　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日・年齢 | | | | | | 身長・体重 | |
| お名前 |  | * 男 | 年　　　月　　　日　　　歳 | | | | | | cm | |
| * 女 | kg | |
| ご住所 | 〒　　　　　- | | | | 自宅番号 |  | | | | |
| 携帯番号 | （本人） | | | | |
| （家族） | | | | |
| 確定病名 |  | | | | | | | | | |
| \*「○○癌疑い」は、保険適応外になります。原則保険適応外の検査は行っておりません。 | | | | | | | | | |
| 検査目的 | □病期診断　　　　□再発診断　　　□転移診断　　　□悪性リンパ腫の治療効果判定 | | | | | | | | | |
| □その他　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 病理診断 | * 有　　　（結果：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | * 無 | | | |
| 画像診断 | □CT 　　□MRI　 　□US　 　□RI　　　（ガリウムシンチ直近撮影：　　　　年　　　　月　　　　日） | | | | | | | | | |
| \*画像診断がすでに施行されている患者様が保険適応です。同一月内にガリウムシンチが施行されている場合、保険適応となりません。 | | | | | | | | | |
| 持参画像　　　　□CD-R　　　　　□フィルム | | | | 返却　　　　　□　要　　　　　□　不要 | | | | | |
| ＊必ず画像データをお持ち下さい。返却要の場合は所見とともにお返しいたします。お急ぎの場合はご連絡下さい。 | | | | | | | | | |
| 臨床経過等（臨床経過、血液データについては貴院書式を添付頂いても結構です。） | | | | | 腫瘍マーカー・その他 | | | | | |
| 検査日 | | | ／ | | ／ |
| CEA | | |  | |  |
| CA19-9 | | |  | |  |
| CA125 | | |  | |  |
| CA15-3 | | |  | |  |
| AFP | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| CRP | | |  | |  |
| 血糖 | | |  | |  |
| 手術歴 | * 有　　　　　年　　　　　月　　　　　術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 有　　　　　年　　　　　月　　　　　術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | * 無 |
| 化学療法 | * 有　　　　　年　　　　　月終了　　治療内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | * 無 |
| 放射線治療 | * 有　　　　　年　　　　　月終了　　照射部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Gy） | | | | | | | | | * 無 |
| 糖尿病 | □　有　（□インシュリン　□内服）　　　□　無 | | | 状況　　　□入院中　　　□外来 | | | | | | |
| 患者情報 | ・患者移動　□独歩　□車いす　□ストレッチャー　（※ご家族又は医療従事者同伴をお願いする場合があります。）  ・心臓ペースメーカー・ICD　□有　　□無　　　　　　　　　　　　・閉所恐怖症　　　　□有　　□無  ・妊娠（女性の方）　　　　　　□有　　□無　　　　　　　　　　　　・授乳（女性の方）　□有　　□無 | | | | | | | | | |

◆ご紹介いただく患者様の情報