

診療情報提供書

医療法人DIC 宇都宮セントラルクリニック

院長 齋藤 友雄 先生

(宇都宮セントラルクリニック提出用)

◆貴医療機関名

病院・医院・診療所・クリニック
科 先生

住所

TEL ()
FAX ()

(フリガナ)
患者名

生年月日: 年 月 日 (男・女)
電話番号: ()

様

検査日: 年 月 日
午前・午後 時 分
報告書希望日: 月 日
時 分

結果ご報告方法

Web配信 CD

フィルム

<input type="checkbox"/> CT	頭部 (眼窩・副鼻腔・聴器・下垂体・顎関節) 頸部 (咽頭・喉頭・甲状腺)	脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎・頸胸椎・胸腰椎・仙尾骨) 四肢 (肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・手指骨) 大腿・膝関節・下腿・足関節・踵骨・足趾骨
<input type="checkbox"/> MRI	胸部 (肺野・縦隔)・乳房・心臓 腹部 背部 骨盤腔 前立腺 股関節	下肢 (動脈・静脈) その他 ()
<input type="checkbox"/> X-p <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 骨密度	() ※撮影部位をご記入下さい。	
<input type="checkbox"/> US	頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 乳房 ・ 心臓 ・ 上腹部 ・ その他 ()	
<input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> PEM	頭部のみ ・ 眼窩部から大腿基部 ・ 乳房(PEMの場合のみ選択可) ・ その他() 病期診断 ・ 転移・再発診断 ・ その他()	
造影剤使用	無・有・一任→ Cr値: [mg/dL] ※造影検査を行う際には必ずご記入をお願いします。	

※検査装置および検査部位を選択して下さい。

装置毎に検査部位が異なる場合や、左右の指定がある場合には、部位の横の空いているスペースにご記入下さい。

臨床診断名	
施行済み検査	X-p ・ CT ・ MRI ・ US ・ 腫瘍マーカー ・ その他 () ※PET検査は保険で撮影を行う場合、事前検査が必要になります。ご記入をお願いします。
臨床経過	
	体重 kg

糖尿病	無・有・血糖(mg/dl)	HBS抗原	-・+	現在状況	外来・入院中
ペースメーカー	無・有	HCV抗体	-・+	背臥位	可・不可
体内金属	無・有→()	感染症	無・有→()	自力歩行	可・車椅子・ストレッチャー
透析	無・有→()	喘息	無・有→()	酸素	無・有→(ℓ/min)
妊娠	無・有	アレルギー	無・有→()		



医療法人DIC

宇都宮セントラルクリニック

TEL:028-657-7300(代) FAX:028-657-7301 MR直通:028-657-7303

PETセンター直通:028-657-7306 PETセンター FAX:028-657-5250