

紹介元医療機関

所在地

名称

科

電話番号

医師氏名

ふりがな

患者氏名

様

男・女

生年月日

明・大・昭・平・令

年

月

日

歳

連絡先

電話番号

-

-

自宅・勤務先

携帯電話

-

-

住所〒

疾患名

☐ 前立腺癌☐ その他（

）

検査目的

☐ PSMA標的療法の適応決定のため☐ その他（

）

検査結果

☐ CT☐ MRI☐ RI

検査の異常 無・有（

）

※検査当日画像レポートを（可能ならばCD・フィルムなども）ご持参ください。

検査実施日

症状経過・主な検査所見等

既往歴及び家族歴

患者情報

● 体重

kg

● 手術歴

無・有（

）

● 放射線治療

無・有

● 化学療法

無・有（

）

● 移動

独歩・車椅子・寝台

● 妊娠

無・有（

か月）

● 糖尿病

無・有

● 授乳

無・有

● アレルギー

無・有（

● 感染症

無・有（

）

● 閉所恐怖症

無・有

PET/CT検査同意書も一緒にFAXをお願いします。

**KadMedic**
医療法人社団 金沢先進医学センター

FAX : 076 - 260 - 8828