

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 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  てんかん  
 虚血性心疾患  
 悪性腫瘍 (ただし早期胃癌を除く) (病名: \_\_\_\_\_)

検査目的  良悪鑑別  病期診断  再発診断  原発不明検索  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

検査結果  CT  MRI  RI  US  
 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。

腫瘍マーカー ( \_\_\_\_\_ )

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