

診療情報提供書 兼 すい臓がん早期診断プロジェクト予約申込書 (FAX 用)

船橋市立医療センター地域医療連携室宛 FAX 047-439-0737

申込日 令和 年 月 日

患者^{りがな}氏名

医療機関名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

医師名

性別 (年齢) 男 ・ 女 (歳)

TEL

FAX

●1 該当項目にチェックをお願いします。(高危険群なら1項目以上、低危険群なら3項目以上)

【高危険群】(1項目以上)

☐すい臓がんが親兄弟に2名、☐糖尿病の新規発症・増悪、☐腫瘍マーカーの上昇、☐黄疸、☐脾腫瘍

【低危険群】(3項目以上)

☐すい臓がんが親兄弟に1名、☐糖尿病、☐肥満 (BMI>30 kg/m²)、☐飲酒 (3合/日以上)、☐膵酵素異常

●2 症状・経過及び他の画像所見・検査データ等 (日本語で記入してください。)

●3 MRI 検査 (上腹部 (MRCP)) の希望日

※MRI 検査日の7日後以降に外科外来 (火・水を除く) を受診いただきます。(検査結果は診察後、外科から報告いたします)

※MRI 検査の前に採血を行います。

・無 (直近予約可能日)

・有 第1希望 (令和 年 月 日 曜日)

第2希望 (令和 年 月 日 曜日)

第3希望 (令和 年 月 日 曜日)

●4 患者状態 (チェックがなければ検査できません)

・状態 ☐歩行 ☐要介助 ☐ストレッチャー ☐補聴器 ☐妊娠 (カ月)

☐利尿剤投与 ☐てんかん ☐不整脈 (詳しく)

・感染症 ☐Wa-R ☐MRSA ☐HBs 抗原 ☐HCV ☐その他 ()

・手術経験 ☐無 ☐有 (詳しく)

・埋込金属 ☐無

—以下の該当があれば検査不可—

☐心臓ペースメーカー ☐動脈瘤クリップ ☐冠状動脈バイパスクリップ ☐その他動脈クリップ

☐腎移植クリップ ☐伏針

—以下は担当医の許可により施行—

☐消化管吻合用クリップ ☐人工弁 ☐鼓室形成術 ☐義眼

人工関節 ☐強磁性体 ※全身の金属製品 (磁性体) の有無チェックを厳重にお願いいたします

☐セラミック ※消化管吻合クリップを体内に認める方は検査前にMR室担当にご相談ください

☐その他 (詳しく)