

診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

検査日時： 年 月 日 () 時 分

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

撮像範囲	<input type="checkbox"/> 頭部～大腿基部 (呼吸同期あり) <input type="checkbox"/> 頭部～足先 (呼吸同期なし)
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 【 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 大型血管炎 】 ※左記のみ保険適用です。 <input type="checkbox"/> 自由診療 【 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 効果判定 】

糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (注) 200 mg/dl 以上の方は、検査できません。 ※検査当日の糖尿病薬剤は、中止下さい。
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (DPC 対象病院の場合、保険適用外です。)
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※要介助者の方は、付添が必要となります。
ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。 妊娠・授乳 <input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

臨床診断	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発・転移診断 <input type="checkbox"/> 他 () (注) 化学療法や放射線治療の効果判定、再発を疑う強い所見がない定期的な経過観察は、保険適用外です。
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 ※病理診断による確定診断が得られていないが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている。
臨床経過	※活動性の炎症病巣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)
画像所見	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI () <input type="checkbox"/> 別紙参照
Ga シンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終日： 年 月) ※同月施行の場合、保険適用外です。
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) 術式 [] <input type="checkbox"/> 化学療法 (最終日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (最終日： 年 月 日)
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 高値 (項目/値： /) (項目/値： /)

〈紹介医療機関名〉

〒 - 年 月 日

住 所 _____ 診療科名 _____ 科

名 称 _____

電話番号 _____ 医師氏名 _____

《ご予約・お問合せ》
TEL 03-5343-5765
FAX 03-5343-5761

診療情報提供書 (PET-CT 検査依頼書)

検査日時： 年 月 日 () 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

撮像範囲	<input type="checkbox"/> 頭部～大腿基部 (呼吸同期あり) <input type="checkbox"/> 頭部～足先 (呼吸同期なし)
診療区分	<input type="checkbox"/> 保険診療 【 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) <input type="checkbox"/> 大型血管炎 】 ※左記のみ保険適用です。 <input type="checkbox"/> 自由診療 【 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 効果判定 】

糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (注) 200 mg/dl 以上の方は、検査できません。 ※検査当日の糖尿病薬剤は、中止下さい。
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (DPC 対象病院の場合、保険適用外です。)
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※要介助者の方は、付添が必要となります。
ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。 妊娠・授乳 <input type="checkbox"/> 無 (注) 有りの方は、検査できません。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

臨床診断	
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発・転移診断 <input type="checkbox"/> 他 () (注) 化学療法や放射線治療の効果判定、再発を疑う強い所見がない定期的な経過観察は、保険適用外です。
病理診断	<input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無 ※病理診断による確定診断が得られていないが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている。
臨床経過	※活動性の炎症病巣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)
画像所見	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI () <input type="checkbox"/> 別紙参照
Ga シンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終日： 年 月) ※同月施行の場合、保険適用外です。
治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 (年 月) 術式 [] <input type="checkbox"/> 化学療法 (最終日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (最終日： 年 月 日)
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 高値 (項目/値： /) (項目/値： /)

〈紹介医療機関名〉

〒 - 年 月 日
住所 _____ 診療科名 _____ 科
名称 _____
電話番号 _____ 医師氏名 _____