

PET-CT検査 診療情報提供書

20 年 月 日

医療法人 信和会

紹介状送付先【TEL・FAX】(0798)47-1816 直通

明和がんセンタークリニック

放射線診断科 担当 医師		【医療機関名】	
【検査予約日】 月 日 ()		【所在地】	
11:00 13:30 14:00		【医師名】	
		【TEL】() - 【FAX】() -	
フリガナ		身長 _____ cm	
患者氏名 様 (男・女)		体重 _____ kg	
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 歳			
住所 〒		<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療	
*事前連絡時の優先連絡先がある場合はチェックしてください			
□ TEL () -		□ 携帯 () -	
造影PET-CT希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血清Cre (_____ mg/dl)	採血日 (_____ / _____)
悪性腫瘍診断名	*早期胃癌を除く 悪性腫瘍名 をご記入ください。記入のない場合は自由診療となります。		
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
臨床経過	*診断に至った画像診断、病理診断、腫瘍マーカー等の種類と所見結果等についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 別紙参照		

***確認事項 必ずご記入ください**

病名告知	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未告知	放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	<input type="checkbox"/> 有 (食事療法/内服/インスリン)	30分制止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 不明	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	排尿介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 有 (HBV/HCV/HIV/MARS/その他)	次回受診日	月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 未定
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他	
化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		公費受給者番号	
本人・家族	本人 ・ 家族	負担割合	0割 1割 2割 3割
負担割合	0割 1割 2割 3割	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	外来負担金	円/日まで(月 回)