**書式１**

**PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 電話番号：　　　－　　　　－　　　　　　FAX：　　　－　　　　－ |
| 診療科 |  | 担当医師名 |  |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | 様 | □男□女 | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： |
| 保険番号 | 保険者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

記号番号本人・家族区分　　　本人　・　家族負担割合　　１割・２割・３割 | 公費番号　　　　　　　負担　有・無

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

福祉番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 身長・体重 | 身長：　　　　　cm　・　体重：　　　　　kg |
| 外来・入院 | □外来：患者の連絡先電話番号：　　　　　―　　　　　―□入院（DPC算定病棟に入院している場合は事前にご相談ください） |
| 臨床診断 | □頭頸部がん　□肺がん　□食道がん　□大腸がん　□膵がん　□乳がん　□子宮がん　□卵巣がん　□悪性リンパ腫　□原発不明がん　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| □心サルコイドーシス　　　　　　　　□血管炎 |
| 検査目的 | □病期診断　□再発診断　□転移診断　□治療効果判定 □その他（　　　　　　　） |
| 実施済み画像検査 | □CT　□MRI　□US　□RI　□内視鏡　□その他（　 　　　） |
| 直近の検査実施日：所見： |
| 病理検査 | □検査済（診断：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□未実施 |
| 腫瘍マーカー | マーカー名：　　　　　　　　　　　 値： |
| 臨床経過・既往歴：できるだけ詳細に記載していただくようお願いいたします。 |
| 移動形態 | □独歩　□車いす（介助不要）　□車いす（要介助）ストレッチャーの患者の検査はお受けしておりません。 |
| 撮像範囲 | □標準※頭部から近位大腿部まで。ただし、心臓ペースメーカ、埋め込み型除細動器が装着されている場合、機器のある部位をはずして撮像しますのでご了承ください。□心サルコイドーシス：胸部のみ□追加撮像希望：範囲（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**該当箇所にチェック、記載をしてFAXでお送りください。原本は検査当日持参させてください。**

**東近江市蒲生医療センター　放射線科　TEL：0748-55-1177**　**FAX：0748-55-8076**