

# PET-CT 検査依頼書（診療情報提供書）

書式 1

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日（ 歳）
住所	〒		TEL：
保険番号	保険者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 福祉番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	身長・体重		
外来・入院	<input type="checkbox"/> 外来：患者の連絡先電話番号： — — <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 血管炎		
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"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
実施済み画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	所見：		
病理検査	<input type="checkbox"/> 検査済（診断： ） <input type="checkbox"/> 未実施		
腫瘍マーカー	マーカー名： 値：		
臨床経過：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	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす（介助不要） <input type="checkbox"/> 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いません。		
撮像範囲	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス：胸部のみ <input type="checkbox"/> 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