

PET-CT依頼書(診療情報提供書)

| | | | | |
|-------------|--|------|--------------------|--------|
| 紹介元 医療機関 | | 担当医師 | 科 | 医師 |
| 所在地 | | 連絡先 | TEL:() FAX:() | — — |

| | | | |
|------------------|---|--|----------------------|
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診 | 当院 ID | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 西暦・大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 住所 | 〒 — | | |
| 連絡先 (連絡可能な番号) | 優先順位① 自宅・携帯・勤務先 () — | 優先順位② 自宅・携帯・勤務先 () — | |
| PET検査歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | (前回 : 年 月) | |

検査依頼情報

| | |
|---|---|
| 希望日時 | ① 年 月 日 曜日 来院(検査)時間 <input type="checkbox"/> 9:20(10:50) <input type="checkbox"/> 11:20(12:50) <input type="checkbox"/> 13:20(14:50) ② 年 月 日 曜日 来院(検査)時間 <input type="checkbox"/> 9:20(10:50) <input type="checkbox"/> 11:20(12:50) <input type="checkbox"/> 13:20(14:50) |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療 |
| 保険適用条件 | <input type="checkbox"/> 早期胃がんを除く悪性腫瘍 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に用いる。 ※原発不明癌の場合は転移巣が画像診断、生検等で疑われ、かつ腫瘍マーカー高値を示すなど、 悪性腫瘍の存在が疑われるが原発巣が不明な場合のみ適用 <hr/> <input type="checkbox"/> 心臓(サルコイドーシス) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 大型血管炎 |
| 保険病名 | <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 悪性骨軟部腫瘍(部位:) <input type="checkbox"/> 原発不明癌 ※上記適用条件確認してください <input type="checkbox"/> その他() |
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他() |
| 臨床経過 腫瘍マーカー 放射線治療 手術歴等を 記入下さい | |

患者情報

| | | | |
|----------------|---|------------------|--|
| 身体情報 | 身長 cm 体重 kg | 告知の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※必ずご記入ください |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 排尿 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他() | | |
| ペースメーカー ICD | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※当日手帳を持参下さい | 30分程の静止 (仰向け) | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 妊娠 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |