

# 紹介状 (PET-CT検査依頼書)

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(診療情報提供書)

北播磨総合医療センター

担当医 先生

予約希望日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )

参考までに紹介元医療機関での、次回診察日をご記入ください。

次回診察日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」		
担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

フリガナ		旧姓		性別		患者さん予約待ち状況
患者氏名		受診歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		<input type="radio"/> 当院外来にて待機中 <input type="radio"/> 当院入院中 <input type="radio"/> 帰宅の後、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ( )
生年月日	<input type="radio"/> 明治 年	<input type="radio"/> 大正 年	<input type="radio"/> 昭和 月	<input type="radio"/> 平成 日	<input type="radio"/> 令和 歳	
住所	〒 _____ - _____					
自宅電話	( ) - ( )		携帯電話	( ) - ( )		
前回検査	<input type="radio"/> 初診 <input type="radio"/> 再診 ( ____ 年 ____ 月 ____ 日 ) 所見:					

保険適用条件	<input type="checkbox"/> 早期胃がんを除く悪性腫瘍 (注)疑い病変は保険適用外です。 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。					
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 膵臓癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	<input type="checkbox"/> 心臓(サルコイドーシス) (注)心サルコイドーシス疑いは保険適用外です。 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断目的で依頼をお願いします。					
	<input type="checkbox"/> てんかん (注)手術が前提にない場合は保険適用外です。					
検査目的	<input type="checkbox"/> ステージ診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
自由診療	<input type="checkbox"/> その他 (注)上記の病名および検査目的に該当しない場合は、自由診療となります(約11万円の自己負担)。 平成22年度の改正により、「肺がん疑い」、「大腸がん疑い」は保険適用外です。 病名 : ( ) <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察					

臨床経過等(①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他) ※改行は「Altキー + Enterキー」											
当該疾患の治療歴	手術療法	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	年	月	日	化学療法	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	最終日	年	月	日
	術式					放射線療法	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	最終日	年	月	日

患者情報											
身体情報	身長	cm	体重	kg	糖尿病	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (空腹時血糖 _____ mg/dl)	※糖尿病薬剤を検査当日に服用(投与)するのは避けてください。 ※検査当日の血糖値が200mg/dl以上の場合は検査を中止する場合があります。				
来院方法	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車いす <input type="radio"/> ストレッチャー その他特記事項 ( )										
PET検査歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ____ 年 ____ 月 ____ 日 所見:										
告知の有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ※必ずご記入ください。										
難聴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	腎機能障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	酸素吸入	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	認知症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	ペースメーカー	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	インスリン使用	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
感染症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	HCV	<input type="checkbox"/>	HBV	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>		
添付資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 内視鏡フィルム <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 超音波画像 <input type="checkbox"/> MRI画像 ( )										
患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて					<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾			不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。			
結果(所見)返送方法			結果が出来次第、医療機関様へ配送します。(約1週間程度要します。)								

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)