

PET-CT検査申込書/診療情報提供書

紹介先医療機関

〒943-0192 新潟県上越市新南町205番地
新潟県立中央病院 放射線科担当医
下記の患者さんを紹介いたします。
令和 年 月 日

FAX送信先

新潟県立中央病院 患者サポートセンター 宛
TEL:025-522-7711 FAX:025-524-3232(直通)

注意：同一月内にガリウムシンチグラフィを実施(予定)している場合は保険適用ができません。

※下記項目のチェック及び記入漏れのないよう、必ずご確認をお願いいたします。

■依頼元医療機関

所在地	名称	
	TEL: FAX:	医師名 印

■患者情報

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日	M・T S・H	年 月 日
患者住所	〒	電話番号	自宅:	
			職場:	
			携帯:	
※検査前日(前診療日)、10時30分頃または12時頃に確認の電話を入れます。 この時間帯に必ず電話に出るようご説明いただき、連絡がつく番号に○をつけてください。				
病名	※早期胃がんを除く全ての悪性腫瘍。(てんかん、虚血性心疾患、心サルコイドーシスは対応できません。)			
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫に限る) <input type="checkbox"/> スクリーニング(自費)			
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※術式・年月日		
放射線治療歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※照射部位・期間等		
過去の画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ※検査当日ご本人に画像の持参をお願いします。			
臨床経過	※悪性腫瘍と診断した根拠と本検査を必要とする理由を必ずお書きください(自費スクリーニングを除く)。 ※身体所見、画像検査所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察等をお書きください。 ※臨床経過については、貴院でご使用の情報提供書を添付していただいてもかまいません。			

■検査に必要な確認事項

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症の種類 ()	体重	kg	身長	cm
	移動		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖
授乳中		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※内径1.5m程度の筒状の機器の中に入ります。	埋め込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※有の方は検査中設定を変更させていただきます。 型式:	
500mlの飲水負荷	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		その他、特記事項	※アレルギーがある方はこちらにご記入下さい		
糖の入った輸液	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※検査の5時間前までに止めてください				