

診療情報提供書(PET-CT検査依頼書)

◆保険情報は記入して頂くか保険証等を FAX してください。

生保・労災・交通事故 (該当を○で囲んでください)

負担割合

保険者番号								本人
記号・番号								家族

公費負担者番号							
公費受給者番号							

負担割合	
割	
日	

記載日 年 月 日

孝仁 (こうじん) 病院
 PET画像診断センター 担当医宛
 〒020-0052 岩手県盛岡市中太田泉田 28
 直通 TEL 019-656-2933
 孝仁病院受診歴 無・有

医療機関名称
 診療科
 所在地
 医師名
 TEL

㊤

予約日時	年	月	日 ()	時	分
------	---	---	-------	---	---

(ふりがな)	身長	cm	体重	Kg
患者氏名	様 (男・女)	T・S・H	年	月 日 (歳)
〒 住所	自宅	-	-	
	携帯	-	-	

* 保険適応疾患: 早期胃がんを除く悪性腫瘍、てんかん、虚血性心疾患、心サルコイドーシス、血管炎
 * 保険適応要件: 他の検査により病期診断、転移・再発診断が確定できない場合のみ
 * 腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等のみでの保険適応はありません(保険適応外は自由診療となります)

病名	検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 良悪性鑑別(保険適応要件)		
施行検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> RI () <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> その他()			
病理診断	所見 : <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし : 病理診断による確定診断が得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断			
臨床経過				
当該疾病治療歴	手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終日 年 月 日
	その他		放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終日 年 月 日

患者情報	診療状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中(輸液・酸素・導尿・ドレーン・その他【 】)		
	糖尿病 (加療)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 空腹時血糖 (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 加療無し	
	ステロイド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 化学療法時のみ)		
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他()		
	体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> その他()		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	最終月経	<input type="checkbox"/> (月 日) <input type="checkbox"/> 閉経後
	特記事項			