

## PET/CT検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日 年 月 日 歳				
住所 〒 -		ご担当医 (印)		
TEL - -		TEL		
		FAX		

悪性腫瘍病名（早期胃癌をのぞく）を下記より選択ください

- 脳腫瘍    頭頸部がん    肺がん    乳がん    膵がん    大腸がん    子宮がん    卵巣がん  
 原発不明がん    転移性肝がん    悪性リンパ腫    血管炎(高安動脈炎等)  
 心サルコイドーシス (絶食時間が他の疾患と異なります。18時間の絶食が必要)  
 その他悪性腫瘍 (病名: )

既往歴 経過等	
------------	--

### 検査希望日

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望 月 日 ( )	第2希望 月 日 ( )
-------------------------------	--------------	--------------

### 検査結果報告 \*必要なものすべてにチェックをお願いいたします

媒体 ▶	<input type="checkbox"/> CD-R (またはDVD) <input type="checkbox"/> カラープリント
報告方法 ▶	<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し   検査後1-2時間程度お待ちいただきます。 (当日手渡しは13時の予約まで可)
	<input type="checkbox"/> 所見FAX ※原則、所見は翌々日17時(土日祝日除く)までに完成します。

臨床判断	<input type="checkbox"/> 病理組織的に悪性腫瘍と確認されている <input type="checkbox"/> 臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

検査目的 ▶	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> その他 (自由診療)
--------	---

施行した画像診断 ▶	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI   ※検査データをご持参ください。(他医療機関の検査でも可)
------------	---

悪性腫瘍名（早期胃癌をのぞく）で、CT・MRIなど画像診断が施行されている場合に保険診療になります。  
 できるだけ検査データをご持参ください(他医療機関の検査でも可)

確認項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 留置物 ▶ <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり ( )</li> <li>・ ADL ▶ <input type="checkbox"/> 自立   <input type="checkbox"/> 支援要   <input type="checkbox"/> 全介助</li> <li>・ 移動手段 ▶ <input type="checkbox"/> 歩行   <input type="checkbox"/> 車椅子   <input type="checkbox"/> ストレッチャー</li> <li>・ 糖尿病 ▶ <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり</li> <li>・ 付添い ▶ <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり</li> <li>・ 患者状況 ▶ <input type="checkbox"/> 入院中   <input type="checkbox"/> 外来</li> </ul>
------	---