

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 ⑩		
	TEL	—	
TEL	—	FAX	—
病名	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 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 原発不明がん <input type="checkbox"/> 転移性肝がん <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 血管炎(高安動脈炎等) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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"> ・ 留置物 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・ ADL ▶ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援要 <input type="checkbox"/> 全介助 ・ 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 ・ 糖尿病 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 付添い ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 患者状況 ▶ <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来