

診療情報提供書(PET-CT検査依頼用)

年 月 日

検査予約日時： 年 月 日（曜日）（午前・午後） 時 分

貴医療機関名		診療科		担当医師(フルネーム)		
住所 〒						
TEL ()			Fax ()			
紹介患者様氏名(フリガナ)		生年月日		性別	身長	体重
(フリガナ)		年 月 日 (歳)			cm	kg
住所 〒						
TEL ()			緊急連絡先			
診断名 ※治療後の場合は必ずご記入ください	左右 両側臓器のみ記載 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側		病理診断 <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 実施していない 病理診断名(組織診、細胞診)詳細をお願いします			
	部位 臓器名と詳細部位(例 胃U、肺S2、など)					
診断根拠 (複数回答可)	患者の全経過を通じて、がんと診断する根拠となった検査にチェック(初回治療前の診断に限定しない) <input type="checkbox"/> 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 部位特異性の腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 臨床診断					
進行度	進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明				
	進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明				

保険診療確認事項(保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

前回PET受診歴	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無					
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 病名: _____ ※必ず病名はご記入下さい <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎					
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他() 要フィルム持参					
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(マーカー名: _____ 数値: _____) <input type="checkbox"/> 施行せず					
PET検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> ()					
臨床経過・既往歴						
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式 年 月 術式					

検査の正当性について説明し同意を得ています

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(血糖値)	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(BUN Cr)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (立位可・不可)	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本 年間)
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(1日 を ml)
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院 PET画像診断センター

電話 087-876-1276(直通) FAX 087-876-1069

診療情報提供書(PET-CT検査依頼用)

年 月 日

検査予約日時： 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名		診療科		担当医師(フルネーム)	
住所 〒					
TEL ()			Fax ()		
紹介患者様氏名(フリガナ)		生年月日		性別	身長
(フリガナ)		年 月 日 (歳)			cm
					kg
住所 〒					
TEL ()			緊急連絡先		
診断名 ※治療後の場合は必ずご記入ください	左右 両側臓器のみ記載 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側		病理診断 <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 実施していない		
	部位 臓器名と詳細部位 (例 胃U、肺S2、など)		病理診断名(組織診、細胞診)詳細をお願いします		
診断根拠 (複数回答可)	患者の全経過を通じて、がんと診断する根拠となった検査にチェック(初回治療前の診断に限定しない) <input type="checkbox"/> 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 部位特異性の腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> 臨床診断				
進行度	進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			
	進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明			

保険診療確認事項(保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

前回PET受診歴	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無				
臨床診断	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 病名: _____ ※必ず病名はご記入下さい <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 大型血管炎				
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他() 要フィルム持参				
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(マーカー名: _____ 数値: _____) <input type="checkbox"/> 施行せず				
PET検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> ()				
臨床経過・既往歴					
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式 年 月 術式				

検査の正当性について説明し同意を得ています

検査前確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(血糖値)	腎機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(BUN Cr)
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (立位可・不可)	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本 年間)
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(1日 を ml)
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院 PET画像診断センター

電話 087-876-1276(直通) FAX 087-876-1069