

平成 年 月 日

診療情報提供書【PET-CT検査依頼書】〔正〕  保険診療  自由診療

FAX 0265-21-1229 飯田市立病院 地域医療総合連携室 経由 放射線科担当医まで

保険の種類	国保・社保・老人・公費	本人・家族	
保険者番号 記号・番号	保険者番号 記号・番号	公費負担者番号	
被保険者名		公費負担医療の 受給者番号	
紹介患者		貴医療機関	
ふりがな 氏名		名称	
生年月日	M・T S・H 年 月 日 男・女		
住所	〒 -	所在地	〒 -
電話番号		電話番号	
身長	cm 体重 Kg	F A X	
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	診療科	科
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医師氏名	印

保険診療確認事項(保険適応の可否や診断の参考として必要ですので必ずご記入ください)

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 有 / 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌( ) <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> その他
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他( )
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT(実施日 年 月 日) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他( )
病理検査	<input type="checkbox"/> 実施済み( ) <input type="checkbox"/> 実施せず
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: ) <input type="checkbox"/> 施行せず
撮像範囲	* 特に指定がない場合は頭部～大腿基部までとなります。
臨床経過 既往歴など	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式 年 月 術式
化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月
放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月
糖尿病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(血糖値 )
感染症	<input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

2. 検査当日、患者さんに施行済の画像診断のフィルム・検査の記録を持参させてください。

平成 年 月 日

診療情報提供書【PET-CT検査依頼書】〔副〕  保険診療  自由診療

FAX 0265-21-1229 飯田市立病院 地域医療総合連携室 経由 放射線科担当医まで

保険の種類	国保・社保・老人・公費	本人・家族	
保険者番号 記号・番号	保険者番号 記号・番号	公費負担者番号	
被保険者名		公費負担医療の 受給者番号	
紹介患者		貴医療機関	
ふりがな 氏名		名称	
生年月日	M・T S・H 年 月 日 男・女		
住所	〒 -	所在地	〒 -
電話番号		電話番号	
身長	cm 体重 Kg	F A X	
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	診療科	科
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医師氏名	印

保険診療確認事項(保険適応の可否や診断の参考として必要ですので必ずご記入ください)

前回受診歴	<input type="checkbox"/> 有 / 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無
臨床診断	<input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌( ) <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> その他
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他( )
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT(実施日 年 月 日) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他( )
病理検査	<input type="checkbox"/> 実施済み( ) <input type="checkbox"/> 実施せず
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: ) <input type="checkbox"/> 施行せず
撮像範囲	* 特に指定がない場合は頭部～大腿基部までとなります。
臨床経過 既往歴など	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 術式 年 月 術式
化学療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月
放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月
糖尿病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(血糖値 )
感染症	<input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

2. 検査当日、患者さんに施行済の画像診断のフィルム・検査の記録を持参させてください。