

PET／CT検査申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

令和 年 月 日

長岡赤十字病院 宛

TEL：0258-28-3600（代表）

FAX：0258-28-9060（連携室直通）

申込受付時間 8：30～16：30

紹介元

医療機関名

診療科

医師名

TEL：

FAX：

ご紹介患者様情報

フリガナ		性 別	当院受診歴
氏 名		男・女	☐ あり ☐ なし
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		(旧姓:)
住 所	〒	電話番号	
		自宅	— —
		携帯	— —
記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		受給者番号	
被保険者（本人・家族）	負担割合（ 割）	公費有効期限	年 月 日

検査希望日	① 月 日 () ※希望に添えない場合がありますのでご了承ください ② 当院にお任せ ※都合の悪い日()				
傷病名		身長・体重	cm	kg	
紹介目的 (別紙可)	☐ 病期診断 ☐ 再発診断 ☐ 転移検索 ☐ 良悪鑑別 ☐ その他 ()				
撮影範囲	☐ 頭部～単径部 ☐ 頭部～足	糖尿病	☐ 有 インスリン製剤、経口糖尿病薬は検査当日は ☐ 無 注射または服用しないでください		
授乳中	☐ 有 検査後24時間は授乳 ☐ 無 を避けてください	薬剤・食物アレルギー	☐ 有 ☐ 無	検査歴	☐ ガリウムシンチ ☐ CT
ペースメーカー 植込み型除細動器	☐ 有 型式 ☐ 無 ()	腎機能異常	☐ 有 ☐ 無	飲 水	☐ 可 ☐ 不可
手術歴 放射線治療歴			打撲の既往		
血液検査の結果	炎症所見 (CRP mg/dl) 空腹時血糖値 () 腫瘍マーカーなど ()				

以下の条件を確認していただいたうえでお申し込みください

保険適応条件	☐ 悪性リンパ腫を含む悪性腫瘍（早期胃癌を除く）で、診断が確定している（「疑い」は保険適応外のため自費扱い） ☐ 他検査や画像診断で病期診断、転移・再発診断が確定できない（悪性リンパ腫以外の治療効果判定や単なる経過観察は自費扱い） ☐ 同一月内にガリウムシンチを実施していないこと（予定を含む） ☐ DPC対象病院に入院中でない	適応区分	☐ 保険 ☐ 自費
検査条件	●以下の条件に ☐ 該当しない ☐ 該当する（該当する項目に☑をお願いします） ☐ 車椅子 ☐ 酸素ボンベ ☐ オムツ、採尿パックの交換／廃液ができない方 ☐ ストレッチャー ☐ 20～30分間、仰臥位で静止できない ☐ 空腹時血糖 200mg/dl以上 ☐ 意志の疎通が十分にできない ☐ 重度の閉所恐怖症 ☐ 1週間以内に胃・腸バリウム検査を実施済 ☐ 約3時間、検査室内に留まらない ☐ （女性の場合）妊娠中		

FAX 0258-28-9060

2019.06