

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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> その他 ()		
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 頭部～単径部 <input type="checkbox"/> 頭部～足	糖尿病 <small>(インスリン製剤・経口糖尿病薬)</small>	<input type="checkbox"/> 有 「Ⅲ. 患者さんに説明していただきたい点、及び確認事項 ③お薬について」をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 無
授乳中	<input type="checkbox"/> 有 検査後24時間は授乳を避けてください <input type="checkbox"/> 無	薬剤・食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (品名) <input type="checkbox"/> 無
ペースメーカー 植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 有 型式 <input type="checkbox"/> 無 ()	酸素ボンベ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手術歴 放射線治療歴		打撲の既往 <small>(概ね1ヵ月以内)</small>	
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	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> DPC対象病院に入院中でない	適応区分	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費
患者の状態	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり（該当する項目に☑をお願いします） ● 検査施行可（下記項目に該当あり、ただし検査終了まで介助者がつける☐） <input type="checkbox"/> 視覚障害がある <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> オムツ・採尿パックの交換／廃液 ● 状態確認のため、患者さんに後日連絡いたします <input type="checkbox"/> 軽度の閉所恐怖症		