

診療情報提供書(PET-CT用)

紹介先

日本赤十字社医療センター
 Japanese Red Cross Medical Center

記入日： 年 月 日

紹介元医療機関名

医師名

所在地

電話・FAX番号

フリガナ		男 女	生年月日	身長	cm
氏名			年 月 日	体重	kg
住所	〒				電話
					緊急連絡先

検査範囲	頭頸部～大腿基部(通常)
診療種別	保険診療 以下の項目へのチェック(✓)および結果、所見のご記入をお願いします。

保険適用疾患：悪性腫瘍(早期胃癌を除く。)

保険適用要件：他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない。

*腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等のみでの原発不明癌は保険適用がありません。

*DPC対象病院に入院中の患者様は保険診療適用がありません。

病理診断	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし…病理診断による確定診断が得られなかったが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断。				
臨床診断		検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断		
画像所見	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他()		腫瘍マーカーの結果		
	所見 ★当日持参画像 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高値：		
臨床経過・既往症など	(できるだけ詳細に記入してください。)				
○手術歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	年 月 日	術式()		
○化学療法	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	最終日	年 月 日		
○放射線療法	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	最終日	年 月 日		

患者情報

診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中(輸液・酸素・導尿・ドレーン) <input type="checkbox"/> その他				
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	同月の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CT (※Gaシンチ施行月は保険適用外です。)		
移動手段	歩行のみ				
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (服用中薬剤)		※補薬剤については、検査当日の服用は避けてください。 ※検査当日の血糖値が200mg/dl以上の時は検査を中止する場合があります。		
その他特記事項 (ADL、コミュニケーション等)				結果画像	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 不要

予約日時	年 月 日 ()	時	分
------	-----------	---	---

【連絡先】 日本赤十字社医療センター TEL 03-3400-0471(直通) 03-3400-1311(代表) FAX 03-3400-0193

記入内容について、こちらからお問い合わせをすることがあります。ご協力お願いいたします。