

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

日本赤十字社

記入日： 年 月 日

|          |  |
|----------|--|
| 紹介元医療機関名 |  |
| 医師名      |  |
| 所在地      |  |
| 電話番号     |  |
| 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さんは保険診療適用がありません。

|            |         |
|------------|---------|
| 当センターの受診歴  | あり ・ なし |
| 当センター診察券番号 |         |

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 病理診断       | <input type="checkbox"/> あり [ ]<br><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<br>★当日持参画像<br><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 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 ( <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 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  | 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   | 植え込み型除細動器 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり                      |
| 糖尿病                   | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (服用中薬剤)<br><small>※糖尿病薬剤については、検査当日の服用は避けてください。<br/>                 ※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。</small>   |           |  |
| その他特記事項 (ADL、ミュークソン等) |  | 結果画像      | <input type="checkbox"/> CD   ・ <input type="checkbox"/> 不要                    |

|      |                |
|------|----------------|
| 予約日時 | 年 月 日 曜日 … 時 分 |
|------|----------------|

《連絡先》 日本赤十字社医療センター TEL 03-3400-0471 (医療連携課直通) 03-3400-1311 (代表) FAX 03-3400-0193

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